

Sanna Pyykkö

”Voipihan sitä aina toiveita esittää, mutta määräämään ei passaa ruveta”
– Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2013



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Pyykkö Sanna	
Työn nimi ”Voipihan sitä aina toiveita esittää, mutta määräämään ei passaa ruveta” – Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Gerontologinen hoitotyö	Ohjaaja(t) Poranen Tiina Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, kotona asumista tukevat palvelut
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 80 + 8
<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta uudistetaan. Ikääntyneiden hoidon painopistettä siirretään laitoshoidosta kotona asumisen tukemiseen. Uusi, kesällä 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki korostaa osallisuuden ja kuulluksi tulemisen merkitystä sekä ikääntyneiden palveluiden korkeaa laatua. Olen muodostanut opinnäytetyöni teoreettisen viitekehyksen kahdesta eri näkökulmasta, laadun ja etiikan kautta. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, vanhuspalvelut, kotona asumista tukevat palvelut haluaa olla mukana kehittämässä laadukasta vanhustyötä Kainuussa toimien tämän opinnäytetyöni toimeksiantajana.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta eli kuulluksi tulemisesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa sekä kartoittaa, millaista tietoa heillä on hoitotahdosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mitä itsemääräämisoikeus ja osallisuus eli kuulluksi tuleminen merkitsevät kotihoidon asiakkaalle. Opinnäytetyön kautta saatua tietoa voidaan hyödyntää laadukkaan ja asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämisessä kotona asumista tukevilla palveluilla.</p> <p>Opinnäytetyöni aineisto kerättiin haastatteleamalla kolmea (n=3) kotihoidon asiakasta teemahaastattelun avulla kesällä 2013. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tutkimustulosten perusteella kotihoidon asiakkailla oli suuri merkitys sillä, että he saavat käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Halu asua omassa kodissa tuli esille kaikissa haastatteluissa. Osa kertoi pelkäävänsä itsemääräämisoikeuden menettämistä. Muistiongelmien ja liikuntakyvyn menettämisen ajateltiin olevan suurin este itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Omaan hoitoon liittyvissä asioissa kotihoidon asiakkaat olivat saaneet vaikuttaa riittävästi. He kokivat, että omaiset ja hoitajat kohtelivat heitä kunnioittaen heidän omia mielipiteitään. Tietämys hoitotahdosta oli vähäistä.</p> <p>Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen tuodessaan esille ikääntyneen osallisuuden sekä asiakaslähtöisen ja laadukkaan hoitotyön merkityksen kotona asumista tukevilla palveluilla. Jatkotutkimuksen avulla voitaisiin selvittää, onko vanhuspalvelulaki lisännyt ikääntyneen ihmisen osallisuutta. Lisäksi voitaisiin selvittää työntekijöiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Itsemääräämisoikeus, osallisuus, kotihoito, laatu, etiikka, hoitotahto.
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programmers Nursing
Author(s) Pyykkö Sanna	
Title "Presenting Wishes Is Quite Acceptable, Throwing Your Weight Around to Get Them Fulfilled Is Not" - Experiences of Self-Determination and Involvement among Home Care Clients	
Optional Professional Studies Gerontological Nursing	Instructor(s) Poranen Tiina Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority, the Services Supporting Independent Living at Home
Date Autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 80 + 8
<p>The social and health care service system is under renewal. The focus of elderly care is shifting from institutional care to services supporting independent living at home. The new act on Care Services for the Elderly emphasizes the importance of involvement as well as high quality of elderly care. The framework of this thesis includes two perspectives, ethics and quality. Services supporting independent living at home within Kainuu Social and Health Care Joint Authority wanted to take part in the development of high quality elderly care by commissioning this thesis.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe experiences of self-determination and involvement among home care clients and to study their awareness of living wills. The aim of this study was to produce information about what self-determination and involvement meant for home care clients. The results of this thesis can be used for the development of high-quality and client-oriented home care services that support independent living at home.</p> <p>Data for this thesis was collected in summer 2013 by interviewing three (n=3) home care clients. Theme interviews were used as the data collection method, and the data was analyzed by content analysis. Based on the interviews, it was very important for the clients that they could use their right of self-determination. The wish to live in their own homes came up in all the interviews. Some clients were afraid of losing their right of self-determination. Memory problems and loss of mobility were considered the biggest obstacles to self-determination. The clients had been able to decide on matters related to their own care independently. They felt that their family members and home care assistants respected their opinions. Awareness of the living will was low.</p> <p>The topic of this thesis is current because it brings up the importance of self-determination and involvement of the elderly as well as the meaning of clients-oriented and high-quality care in home care services. In the future it could be interesting to study if the act on Care Services for the Elderly has influenced the involvement of elderly people.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Self-determination, involvement, home care, quality, ethics, living will
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Järki juoksee jalat ei,

silti halu päättää

omista asioista

on teräksenluja.

Oman terveyden uhallakin

tehdä omat valinnat,

ne huonotkin!

Oikeus tehdä omat virheet

ja kantaa niiden

seuraukset.

Sitä on itsemääräämisoikeus.

Kirjoittanut Pirjo Levo

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LAADUKAS IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖ	3
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen ja laatu	3
2.2 Kotihoito hoitoympäristönä	4
2.3 Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät kotihoidon asiakkaan näkökulmasta	5
2.3.1 Henkilökunta ja johtajuus	5
2.3.2 Turvallinen ympäristö	6
2.3.3 Ennaltaehkäisevä työ ja palvelutarpeen arviointi	7
2.3.4 Asiakaslähtöinen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma	9
2.3.5 Osallisuus/kuulluksi tuleminen	10
3 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ	11
3.1 Eettisesti laadukas ikääntyneiden hoitotyö	11
3.2 Itsemääräämisoikeus	15
3.3 Toimintakyky ja voimavarat	16
3.4 Muistihäiriöt ja muistisairaudet	18
3.5 Hoitotahto itsemääräämisoikeuden ilmentäjänä	19
3.5.1 Hoitotahdon hyödyt ja haasteet	21
3.5.2 Edunvalvontavaltuus	23
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	25
5.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä	26
5.3 Aineiston käsittely ja analysointi	28
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	32
6.1 Itsemääräämisoikeus	33
6.1.1 Halu päättää omasta asuinpaikasta	34
6.1.2 Muistin vaikutus itsemääräämisoikeuteen	35
6.1.3 Itsemääräämisoikeuden merkitys kotihoidon asiakkaalle	36

6.1.4 Kokemuksia hoitajien ja omaisten roolista itsemääräämisoikeuden tukijoina	37
6.1.5 Kokemuksia vaikutusmahdollisuudesta kotikäyntien ajankohtaan	38
6.1.6 Pelko itsemääräämisoikeuden menettämisestä	39
6.1.7 Kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta	39
6.1.8 Sopeutuminen itsemääräämisoikeuden rajoittumiseen	41
6.2 Osallisuus eli kuulluksi tuleminen	42
6.2.1 Kokemuksia hoitajien ja omaisten roolista osallisuuden tukijoina	43
6.2.2 Kokemuksia osallisuudesta lääkehoitoon liittyvissä asioissa	44
6.2.3 Kokemuksia osallisuudesta kotikäyntejä suunniteltaessa	45
6.2.4 Kokemuksia hoitotyön asiakaslähtöisyydestä	45
6.2.5 Kokemuksia osallisuudesta hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa	46
6.2.6 Kokemuksia kotona selviytymisen tukemisesta osallisuuden avulla	47
6.3 Hoitotahto	48
6.3.1 Tietämys hoitotahdosta	49
6.3.2 Hoitotahdon tekeminen	50
6.3.3 Hoitotahdon olemassaolo	50
6.3.4 Hoitotahdon sisältö	51
7 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	53
7.1 Kokemuksia itsemääräämisoikeudesta	53
7.2 Kokemuksia osallisuudesta omaan hoitoon liittyvissä asioissa	56
7.3 Tietämys hoitotahdosta	57
7.4 Kehittämiskohteet	58
8 POHDINTA	61
8.1 Eettisyys	61
8.2 Luotettavuus	62
8.3 Ammatillisen osaamisen kehittyminen	66
8.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	70
LÄHTEET	72
LIITTEET (8)	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta ollaan uudistamassa. Maassamme halutaan tarjota kaikille tasavertaisia ja laadukkaita palveluja, joten palvelurakenteen kehittämiseen panostetaan. Ikääntyneiden prosentuaalisen määrän kasvaessa sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntä ja kustannukset kasvavat lähitulevaisuudessa. Palvelurakennetta kehittämällä pyritään luomaan asiakaslähtöinen ja potilaiden tasa-arvoisuutta tukeva palvelujärjestelmä, joka on samalla kustannustehokas. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 15–16 ; Tilastokeskus 2012.)

Hoitotyön rakenneuudistuksessa ei ole unohdettu laatu näkökulmaa. Ikääntyneiden palveluiden laatusuositus antaa ohjeistuksen hoidon laadun osatekijöistä. Terveyden edistäminen, palvelurakenteen kehittäminen ja uudistaminen, henkilöstön määrä ja osaaminen, johtaminen sekä turvalliset asuin- ja hoitoympäristöt ovat kaikki merkityksellisiä laadukkaan hoitotyön lähtökohtia sekä kotona asumista tukevissa palveluissa, että laitoshoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 9-10.) Kesällä 2013 uudistettu laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostaa entistä enemmän osallisuuden ja voimavaralähtöisyyden merkitystä ikääntyneen hoitotyössä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013,3).

Väestön ikääntymisen myötä myös muistisairaiden määrä väestössä lisääntyy. Kansallinen muistiohjelma korostaa ennaltaehkäisevän työn merkitystä. Riskitekijöiden tunnistaminen, varhainen diagnosointi ja oikea hoito siirtävät potilaan tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon. Ennaltaehkäisevä työ sekä laadukkaat ja oikein kohdennetut palvelut hillitsevät sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia parantaen samalla muistisairaalan elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 7-10.)

Kesällä 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, josta jatkossa käytän nimitystä vanhuspäalvelulaki, korostaa osallisuuden ja kuulluksi tulemisen merkitystä. Ikääntyneille tarjottavien palveluiden tulee olla laadukkaita. (Vanhuspäalvelulaki.) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, vanhuspäalvelut, kotona asumista tukevat palvelut on mukana kehittämässä laadukasta ja asiakaslähtöistä vanhustyötä toimimalla tämän opinnäytetyön toimeksiantajana.

Olen muodostanut opinnäytetyöni teoreettisen viitekehyksen kahdesta eri näkökulmasta, laadun ja etiikan kautta. Käsittelen laadukasta ikääntyneiden hoitoa kotihoidon asiakkaan

näkökulmasta. Ikääntyneen asiakkaan kokemaan hoidon laatuun vaikuttavat asiakaslähtöinen hoitotyö, asiakkaan osallisuus, osaava henkilökunta, johtajuus, tarkoituksenmukainen ympäristö ja ennaltaehkäisevä työ (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Etiikasta nousevat voimakkaasti esille itsemääräämisoikeus ja hoitotahto sekä asiakkaan osallisuus. Hoidon laatu ja etiikka alakäsitteineen muodostavat opinnäytetyöni perustan. Etiikassa ja laatu näkökulmassa yhdistyvät opinnäytetyöni keskeiset teemat eli itsemääräämisoikeus, osallisuus eli kuulluksi tuleminen ja hoitotahto. Käytän tässä opinnäytetyössä termejä osallisuus ja kuulluksi tuleminen toistensa synonyymeinä.

Kesällä 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista sekä 2013 uudistunut laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi korostavat osallisuuden ja kuulluksi tulemisen sekä laadun merkitystä vanhustyössä. (Vanhuspalvelulaki; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013). Opinnäytetyöni aihe on siten ajankohtainen tuodessaan esille ikääntyneen osallisuuden sekä asiakaslähtöisen ja laadukkaan hoidon kotona asumista tukevissa palveluissa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa hoitamaan potilasta kunnioittaen hänen itsemääräämisoikeuttaan. Hoitotyön eettiset ohjeistukset määrittelevät itsemääräämisoikeuden kuuluvaksi ihmisen perusoikeuksiin. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on hoitotyöntekijän moraalinen ja ammattietiikkaan perustuva velvollisuus. (ETENE 2001, 12–15; ETENE 2011, 5-7; Leino- Kilpi 2009, 29–30.) Itsemääräämisoikeus nousee esille myös osana laadukasta, asiakaslähtöistä hoitotyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 12–13). Hoitotahto varmistaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen myös silloin, jos hän ei enää pysty muutoin ilmaisemaan tahtoaan (Pahlman 2007, 272).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta eli kuulluksi tulemisesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa sekä kartoittaa, millaista tietoa heillä on hoitotahdosta. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitä itsemääräämisoikeus ja osallisuus eli oman hoitonsa suhteen kuulluksi tuleminen merkitsevät kotihoidon asiakkaalle. Tämän tiedon esilletuomisella voidaan vaikuttaa laadukkaan ja asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämiseen kotona asumista tukevissa palveluissa.

2 LAADUKAS IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖ

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen ja laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta ollaan uudistamassa. Muutoksilla pyritään takaamaan kaikille kansalaisille tasavertaiset ja laadukkaat palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c, 13–14.) Suomessa ikärakenne on muuttumassa ja ikääntyneiden prosentuaalinen osuus väestöstä tulee kasvamaan. Tässä yhteydessä ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta. Vuonna 2010 yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli 17,5 % ja vuonna 2040 määrän enustetaan olevan jo 26,2 %. Samalla työikäisten osuus koko väestöstä vähenee. (Tilastokeskus 2012.) Ikääntyneiden määrän lisääntyessä, kasvaa samalla myös muistisairaiden ja pitkäaikaissairaiden määrä. Sosiaali- ja terveystalouden kysyntä ja kustannukset kasvavat liian suuriksi kansantalouden näkökulmasta, jollei palvelurakennetta kehitetä tuottavuus ja vaikuttavuus huomioiden. Sosiaali- ja terveystaloutta kehittäessä painopiste on siirtynyt enemmän ennaltaehkäisevään työhön. Ennaltaehkäisy on kansantaloudellisesti ja myös yksilötasolla kannattavampaa kuin olemassa olevien sairauksien hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 18–21.)

Taloudellisten näkökulmien lisäksi ikääntyneiden hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan laadulliset seikat. Laatua voidaan tarkastella useista eri lähtökohdista. Terveystalouden edistäminen, palvelurakenteen kehittäminen ja uudistaminen, henkilöstön määrä ja osaaminen, johtaminen sekä turvalliset asuin- ja hoitoympäristöt ovat kaikki hoitotyön laadun osatekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 9-10.) Muistisairauksien lisääntyminen ja muistisairaiden ja –häiriöisten hoidon laatu ja kehittäminen on huomioitu yhteiskunnassamme. Ennaltaehkäisevän työn ja hoitohenkilökunnan kouluttamisen avulla pyritään muistisairaiden hoitotyön laadun varmistamiseen. Muistisairauksien riskitekijöiden tunnistaminen, sairauden varhainen diagnosointi ja oikeanlainen hoito hidastavat potilaan joutumista ympärivuorokautisen hoidon piiriin. Ennaltaehkäisevä työ ja tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö pienentävät muistisairauksien aiheuttamia kansantaloudellisia kustannuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

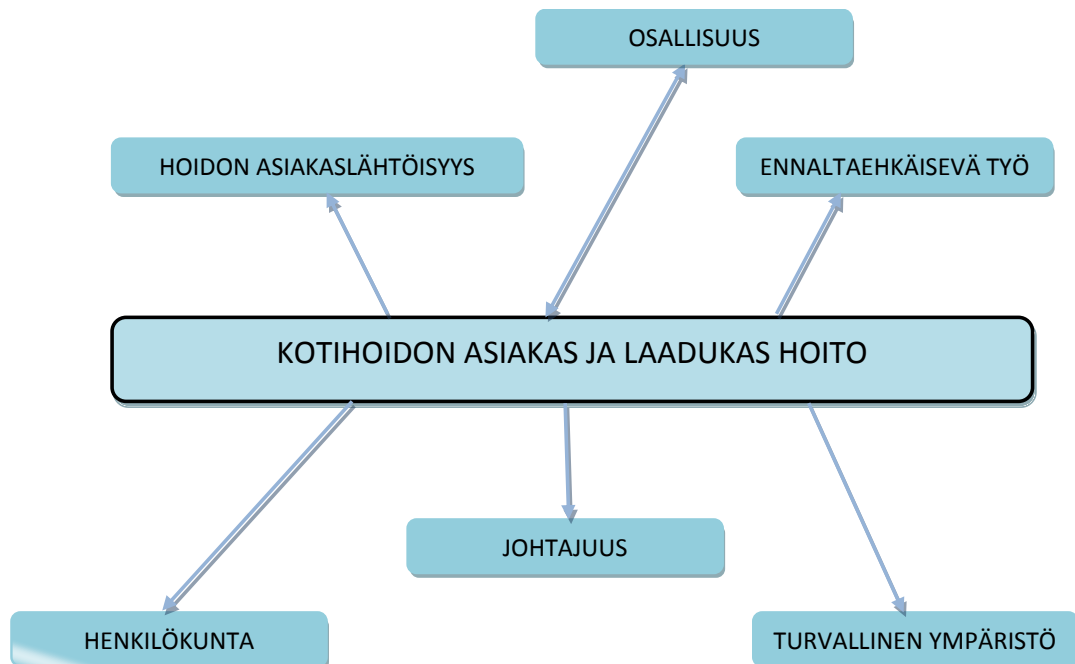
2.2 Kotihoito hoitoympäristönä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä laitoshoidossa olevien ikääntyneiden määrää pyritään vähentämään ja lisäämään kotona asumista tukevien palveluiden osuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Kotona asuminen tukee ikääntyneen itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutumista ja mahdollistaa hyvän elämänlaadun kokemuksen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 21). Ikääntyneiden kotihoito perustuu sosiaalihoitolakiin (17.9.1982/710) ja terveydenhuoltolakiin (30.12.2010/1326). Kotipalvelu tarkoittaa hoivatyötä eli asiakkaan auttamista päivittäisissä toiminnoissa. Tukipalveluita ovat esimerkiksi turvapuhelinpalvelu, ateriapalvelu, kuljetuspalvelu ja siivouspalvelu. Kotisairaanhoidon palveluihin kuuluvat esimerkiksi haavanhoito, lääkehoito, verenpaineen ja verensokerin mittaukset. Kotihoito tarkoittaa palveluita, jossa kotipalvelut ja kotisairaanhoidon palvelut on yhdistetty. (Sosiaalihoitolaki 17.9.1982/710; terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Asiakas hyötyy palvelujen yhdistämisestä saadessaan sekä kotipalvelun, että kotisairaanhoidon palvelut yhdestä, moniammatillisesta tiimistä. Palveluja yhdistämällä asiakaskäyntien määrä pienenee ja hoitajien asiantuntemus voidaan hyödyntää tehokkaasti. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 19.) Osa asiakkaan saamista palveluista voidaan hankkia ulkopuoliselta toimijalta. Tällöin kotihoidon työntekijän voi olla vaikeaa muodostaa kokonaisvaltaista näkemystä asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 12–16.)

Käytän tässä opinnäytetyössä käsitettä kotihoito, jolla tarkoitan yli 65-vuotiaiden kotipalveluita, kotisairaanhoidon palveluita sekä tukipalveluita tarjoavaa palvelukokonaisuutta. Kotihoidon tyypillinen asiakaskunta koostuu pääsääntöisesti ikääntyneistä asiakkaista. Monilla heistä on tuki- ja liikuntaelinsairauksia, sydän- ja verisuonisairauksia, muistiongelmia, masennusta, ruokahaluttomuutta sekä päihteiden liika- ja väärinkäyttöä. Alentuneen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vuoksi asiakkaat tarvitsevat kotihoidon hoiva- ja sairaanhoitopalveluja sekä tukipalveluja selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan. (Hammar 2009, 41–45.)

2.3 Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät kotihoidon asiakkaan näkökulmasta

Tässä opinnäytetyössä käsittelen laatua kotihoidon asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan laadukkaaseen hoitoon vaikuttavat osallisuus, asiakaslähtöisyys hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmassa, ennaltaehkäisevä työ, ympäristö, sekä osaava henkilökunta esimiehineen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008; kuva 1; Liite 1.)



Kuva 1. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät kotihoidon asiakkaan näkökulmasta (Mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.)

2.3.1 Henkilökunta ja johtajuus

Osaava henkilökunta on ehdoton edellytys laadukkaaseen hoitotyön toteutumiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 32). Ikääntyneiden hoitotyössä tarvitaan moniammatillista osaamista ja yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Ikääntyneen ihmisen itsenäistä selviytymistä ja kuntoutumista tukeva hoito voi koostua usean eri osa-alueen palvelukokonaaisuudesta. Pelkkä geriatrinen osaaminen ei yksistään riitä, vaan sen lisäksi tarvitaan usein osaamista esimerkiksi kuntoutuksen, lääkeshoidon ja sosiaalityön osa-alueilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2013, 30.)

Henkilökunnan ammatillista osaamista tulisi ylläpitää ja varmistaa tarjoamalla täydennyskoulutusta tarpeen mukaan. Yksistään ammatillinen osaaminen ei kuitenkaan riitä, sillä myös työhyvinvointi ja turvallinen työyhteisö edesauttavat laadukkaan hoitotyön toteutumisessa. Henkilöstömitoitus tulee olla suunniteltu siten, että ikääntyneille varmistetaan heidän toimintakykyään vastaava, turvallinen ja laadukas hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 32–34.) Uusi vanhuspalvelulaki edellyttää, että ikääntyneille tarjottavat palvelut ovat laadukkaita. Kunnat velvoitetaan keräämään asiakaspalautetta varmistamaan palveluiden laadun sekä riittävyyden. (Vanhuspalvelulaki.)

Jokainen toimintayksikkö tarvitsee toimiakseen johtajan. Vanhuspalvelulain mukaan johtaja vastaa siitä, että yksikössä toteutuu laadukas, asiakaslähtöinen ja kuntouttava vanhustyö. (Vanhuspalvelulaki.) Johtajan rooli toimintayksikössä on vaativa. Johtajan tulee turvata henkilökunnan osaaminen, kehittää ja ylläpitää työturvallisuutta ja työhyvinvointia omassa työyksikössään. Päätökset ja uudistukset on oltava perusteltuja ja johdonmukaisia. Henkilöstöä tulee kohdella oikeudenmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 37–38.) Osaava johtaja ja hänen luotsaamansa toimintayksikkö toimivat saumattomassa yhteistyössä ikääntyneen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin turvaajana (ETENE 2008, 7-8).

2.3.2 Turvallinen ympäristö

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne on muotoutumassa kotona asumista tukevaksi. Tämä edellyttää, että myös ikääntyneiden asuin- ja elinympäristöjen esteettömyyteen ja turvallisuuteen panostetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2013, 22.) Ympäristögerontologinen näkökulma huomioimalla ikääntyneille voidaan luoda heidän tarpeisiinsa soveltuvia elinympäristöjä (Elo 2010, 92).

Ikääntyminen voi muuttaa ihmisen kognitiivisia taitoja ja aistit ja motoriikka heikentyvät. Iän tuomat muutokset voivat edellyttää kodin muutostöitä ja teknisten apuvälineiden hankkimista, jotta asuinympäristö olisi turvallinen ikääntyneelle. (Elo 2010, 94–95.) Apuvälineillä ei kuitenkaan saa koskaan korvata toisen ihmisen antamaa hoivaa ja huolenpitoa. Teknisten apuvälineiden sopivuus tulee aina arvioida ikääntyneen näkökulmasta, mutta toisaalta apuvälineet vaikuttavat myös työntekijöiden työskentelyolosuhteisiin. (ETENE 2008, 8).

Turvallinen ympäristö on myös esteetön. Esteettömyydellä tarkoitetaan suppeasta näkökulmasta katsottuna fyysisen ympäristön turvallisuutta ja toimivuutta. Esteetön ympäristö huomioi ikääntyneen aistimuutokset ja mahdolliset liikuntarajoitteet. Ikääntyneen kotona asuminen mahdollistuu turvallisesti, mikäli hänen fyysinen ympäristönsä on muokattu hänen tarpeitaan ja voimavarojaan tukevaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 39–40.) Esteettömän ja turvallisen ympäristön näkökulmaa voidaan kuitenkin laajentaa koskemaan ikääntyneen kodin lisäksi ympärillä olevaa yhteiskuntaa. Fyysisen ympäristön lisäksi on otettava huomioon sosiaalisen ja symbolisen ympäristön merkitys ja varmistettava myös näiden osa-alueiden turvallisuus. Kotona asuvien ikääntyneiden ympäristön turvallisuutta voidaan arvioida ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä. (Elo 2010, 95–98.)

2.3.3 Ennaltaehkäisevä työ ja palvelutarpeen arviointi

Terveystieteiden lain (30.12.2010/1326) velvoittaa kuntia järjestämään ikääntyneille neuvontapalveluita, joilla pyritään ennaltaehkäisemään sairauksia ja tapaturmia sekä edistetään terveellisiä elämäntapoja. Vanhustyössä ennaltaehkäisevä työ voidaan jakaa primääri-, sekundaari- ja tertiääripreventioon. Primääriprevention päämääränä on sairauksien ennaltaehkäisy. Sairauksien riskitekijät voidaan tunnistaa ennakoivasti, jolloin sairauden puhkeamista voidaan estää tai hidastaa. (Liimatainen 2007, 31.)

Vanhustyössä ennaltaehkäisevät kotikäynnit ovat yksi primääriprevention kuuluvasta työstä. Kunnat saavat itsenäisesti päättää ikääntyneiden ennaltaehkäisevien kotikäyntien toteuttamisesta. Ikääntyneiden laatusuosituksen mukaan ehkäisevät kotikäynnit tulee kohdistaa niihin vanhuksiin, joilla ei ole säännöllistä asiakkuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 25.) Vapaaehtoisen, ehkäisevän kotikäynnin avulla arvioidaan monipuolisesti asiakkaan terveyttä, toimintakykyä, asuinympäristöä sekä voimavaroja. Käynnillä asiakas saa ajantasaista tietoa julkisen sektorin, yksityisen sektorin sekä kolmannen sektorin tarjoamista palveluista. Sosiaali- ja terveyspalveluita tuottava organisaatio voi kotikäyntien avulla ennakoita tulevaa palveluntarvetta. (Hägg ym. 2007, 28–29.) Ennakoiivat kotikäynnit ovat erityisen tarpeellisia riskiryhmiin kuuluville. Jatkuva seuranta on tärkeää, jotta toimintakyvyn muutokset huomataan ajoissa ja asiakkaan syrjäytyminen estetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 24.)

Sekundääripreventio vanhustyössä kohdentuu olemassa olevien sairauksien mahdollisimman hyvään hoitoon. Ohjauksen, neuvonnan ja hoidon avulla pyritään tukemaan potilaan omaa motivaatiota itsehoitoon ja estämään näin sairauden uusiutuminen ja paheneminen. Asuin- ympäristön esteettömyys, tarvittaessa tehtävät muutostyöt sekä tekniset apuvälineet tukevat vanhuksen selviytymistä arjessa ja lisäävät sisäistä ja ulkoista turvallisuutta. (Liimatainen 2007, 32–34.) Geronteknologia tukee ikääntyneiden arjessa selviytymistä. Turvarannekkeet, kulunvalvontajärjestelmät ja muut tekniset apuvälineet sekä liikkumisen apuvälineet lisäävät kotona asumisen turvallisuutta. Lisäksi ne mahdollistavat osallisuuden yhteiskuntaan ja sosiaaliseen verkostoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008; Elo 2010, 106.) Kotona tehtävät muutostyöt ja apuvälineiden käytön mahdollistaminen vähentävät hoitohenkilökunnan fyysistä kuormitusta. Muutostöissä ja teknisten apuvälineiden käyttöön- otossa on huomioitava asiakaslähtöisyys. Muutokset voivat aiheuttaa toimintakyvyn alene- mista ja epävarmuutta turvallisuudessa, ellei asiakasnäkökulmaa huomioida muutostöiden suunnitteluvaiheessa. (Sipilä 2011, 147–148.)

Tertiääripreventio keskittyy etupäässä sairauksien hyvään perushoitoon. Jos sairautta ei enää voida parantaa, voidaan silti estää siitä aiheutuvia toimintakyvyn muutoksia ylläpitämällä ja tukemalla vanhuksen voimavaroja. (Liimatainen 2007, 32–34.) Ennaltaehkäisevällä työllä py- ritään mahdollistamaan vanhuksille laadukas ja onnistuva ikääntyminen. Osallisuudella yh- teiskuntaan, terveellisiä elämäntapoja edistämällä ja toimintakyvyn muutoksiin puuttumalla ja ennaltaehkäisemällä mahdollistetaan ikääntyneen turvallinen ja terveellinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013.)

Palvelutarpeen arviointikäynti tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviointia siitä, mitä ja millaisia palveluita kyseinen asiakas tarvitsee. Palvelutarpeen arviointi- käynnistä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalveluiden tarve on arvioitava heti. Yli 75-vuotiaiden palvelujen tarve ei-kiireellisissä tapauksissa on arvioitava 7 vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.) Arviokäynnillä asiakkaan toimintakykyä tulee arvioida eri näkökulmista. Fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn lisäksi on arvioitava asuinympäristöä. Palvelutarve tulee arvioida yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja läheistensä kanssa hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä. Arvioinnin apuna käytetään usein erilaisia, yleisesti hyväksyttyjä toimintakykymit- tareita, joiden luotettavuus on varmistettu tutkimustuloksien. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 25–27.) Käytössä olevat mittarit mittaavat yleensä voimavarojen puuttumista ja vajetta, jolloin arviointi on sairauslähtöistä. Ottamalla asiakas ja hänen

omaisensa mukaan arviointiin, varmistetaan asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kuulluksi tuleminen. Arviokäynti ei kuitenkaan aina johda hoitosuhteeseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön kanssa. (Hägg ym. 2007, 28–30.)

2.3.4 Asiakaslähtöinen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma

Laadukkaat ikääntyneille suunnatut palvelut tulee suunnitella asiakaslähtöisesti, tukien asiakkaan voimavaroja, osallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluita saavalle on laadittava hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Palvelusuunnitelma tulee päivittää, mikäli asiakkaan toimintakyky ja palveluntarve muuttuvat. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; vanhuspalvelulaki; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 31–33.)

Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma on hoitohenkilökunnan, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa yhteistyössä laadittu hoitoasiakirja, johon kirjataan asiakkaalle räätälöity palvelukokonaisuus. Hyvin laadittu suunnitelma sisältää tarkan kuvauksen asiakkaan saamista palveluista. Jos palveluntuottajia on useita, työnjaon selkeällä kuvauksella vältetään palveluiden päällekkäisyys. (Hägg ym. 2007, 101–105; Valvira 2012, 24–25.) Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi uusissa tietojärjestelmissä kaikki potilaalle eri yksiköissä laaditut hoitosuunnitelmat voidaan kerätä yhteen (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011,12). Asiakkaan voimavarat ja toimintakyvyn sekä käytettävissä olevat palvelut ja resurssit määrittelevä hoitosuunnitelma tukee ikääntyneen kotona selviytymistä ja kuntoutumista (Punkanen & Eloranta 2008, 180–181).

Hoitosuunnitelman lähtökohtana ovat asiakkaan hoidon tarpeen ja hoidon tavoitteiden määrittely sekä hoitotyön keinot, joilla tavoitteet saavutetaan (Hägg ym. 2007,101–105). Suunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden tulee olla selkeitä ja yksilöllisiä ja asiakkaan toimintakykyä tukevia. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa on päivitettävä yhteistyössä asiakkaan kanssa ja yhteisesti asetettujen tavoitteiden toteutumista on arvioitava. (Valvira 2012, 24–25.)

2.3.5 Osallisuus/kuulluksi tuleminen

Osallisuus tarkoittaa henkilön mahdollisuutta olla vaikuttamassa yhteisön ja yhteiskunnan toimintaan ja kehittämiseen. Ikääntyneen henkilön kannalta osallisuus tarkoittaa ennen kaikkea vaikutusmahdollisuutta omasta hoidostaan ja hoitopaikastaan päätettäessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17.) Ikääntyneellä on oikeus päättää omasta hoidostaan ja asuinpaikastaan. Osallisuuden mahdollistamiseksi ikääntyneelle tulee antaa hänen päätöksenteossa tarvitsemaansa tietoa eri vaihtoehtoista. (ETENE 2008, 4.) Käsittelen tässä opinnäytetyössä ikääntyneen henkilön osallisuutta ja kuulluksi tulemistä toistensa synonyymeinä. Tarkastelen osallisuutta pelkästään omaan hoitoon liittyvien asioiden näkökulmasta jättäen pois osallisuuden yhteisöön ja yhteiskuntaan.

Osallisuudella voidaan tarkoittaa kokemuksellista tunnetta yhteenkuuluvuudesta tai konkreettista mahdollisuutta osallistua yhteiskunnalliseen päätöksentekoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17). Pahlman (2003, 141) jakaa osallisuuden kolmeen eri osa-alueeseen. Emotionaalinen osallisuus tarkoittaa sitä, että ihminen tuntee itsensä ja mielipiteensä arvokkaiksi tullessaan kuulluksi omassa asiassaan. Kun ihminen saa vastauksia kysymyksiinsä ja saa toimia vuorovaikutussuhteessa esimerkiksi hoitohenkilökunnan kanssa, on hän älyllisesti osallinen ja tulee näin sekä kuulluksi, että ymmärretyksi. Sosiaalinen osallisuus tarkoittaa sitä, että ihminen otetaan konkreettisesti osalliseksi omaan hoitoonsa ja elämäänsä liittyvissä asioissa. Hän ei tule pelkästään kuulluksi ja ymmärretyksi, vaan on itse myös aktiivinen toimija voimavarojensa puitteissa.

Jos ihminen ei saa olla osallisena omaan elämäänsä ja yhteiskuntaan liittyvissä asioissa, voi hän olla syrjäytymisvaarassa. Ikääntyneiden syrjäytymistä pyritään ehkäisemään ottamalla heidät osalliseksi yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. Vanhusneuvostojen kautta ikääntyneet saavat tuotua julki omat mielipiteensä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17.) Niemelän (2009, 33–44) mukaan syrjäytymistä voivat aiheuttaa esimerkiksi terveysongelmat, muistisairaudet, alkoholi, puolison kuolema ja köyhyys. Ikääntyneen kuulluksi tuleminen omaan hoitoon liittyvissä asioissa sekä osallisuus yhteiskunnalliseen päätöksentekoon on myös lakisääteinen oikeus ja eettinen perusoikeus (Vanhuspalvelulaki; Sarvimäki 2009, 27–29).

3 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Eettisesti laadukas ikääntyneiden hoitotyö

Etiikka on tieteenala, joka tutkii, selittää ja muodostaa teorioita siitä, mikä on hyväksyttävää ja mikä tuomittavaa. Moraali tarkoittaa yksilön tai yhteisön näkemystä oikeasta ja hyväksyttävästä tai väärästä ja tuomittavasta. Etiikka ohjaa ihmisiä tekemään moraalisesti oikeita päätöksiä ja valintoja antamatta kuitenkaan valmiita toimintamalleja. Eettistä teoriaperustaa voidaan hyödyntää käytännön työssä tekemällä päätökset ja ratkaisut reflektoiden. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 34–36; ETENE 2001, 4.) Tässä opinnäytetyössä käsittelen moraaliala ja etiikkaa toistensa synonyymeinä. Etiikalla tarkoitan yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan muodostamaa käsitystä siitä, mikä on hyväksyttävää ja mikä tuomittavaa.

Etiikka muodostuu arvoista. Arvot ovat abstrakteja käsityksiä siitä, mikä on tärkeää ja tavoiteltavaa, mikä on hyvää, mikä väärin ja mikä oikein. Arvoja voidaan käsitellä yksilön, työyhteisön tai yhteiskunnan näkökulmasta. Toisaalta arvot voidaan jakaa esteettisiin, tieteellisiin tai eettisiin arvoihin. Hoitotyö perustuu lähinnä eettisiin arvoihin, mutta esteettisiäkään arvoja ei voi sivuuttaa. Tieteellisten arvojen merkitys kasvaa hoitotyön pohjautuessa entistä enemmän tieteellisesti tutkittuun tietoon ja tekniikan hyödyntämiseen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38, 80.) Yksilöllä, työyhteisöllä ja yhteiskunnalla voi olla toisistaan poikkeava käsitys arvoista (Leino- Kilpi 2009, 65). Arvojen ristiriita voi johtaa eettisiin ongelmatilanteisiin hoitotyössä. Hoitajan pitää työyhteisön jäsenenä analysoida toimintansa vaikutuksia huomioiden oman arvomaailmansa lisäksi potilaan ja työyhteisön arvot. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 182–183.)

Hoitotyön ja terveydenhuollon päämääränä on tukea yksilön ja yhteiskunnan hyvinvointia ja terveyttä. Päämäärään pyritään ennaltaehkäisemällä sairauksia ja toimintakyvyn muutoksia, hoitamalla olemassa olevia sairauksia ja lievittämällä niistä johtuvaa kärsimystä ja kipua. (ETENE 2001, 4; Välimäki 2009, 14.) Eri ammattiryhmät ovat koonneet ohjeita, jotka auttavat eettisessä päätöksenteossa. Eettiset ohjeistukset tukevat työntekijän päätöksentekoa ja toimintaa, mutta eivät voi antaa yksiselitteisiä toimintaohjeita. Eettisten ohjeiden ja yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan arvojen lisäksi hoitajan toiminnan ja päätöksenteon ohjaajana voivat toimia hoitoalaa säätelevät lait. (ETENE 2011, 4-5; Välimäki 2009, 18.) Hoitotyön

lähtökohtana olevat eettiset periaatteet voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään. Ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus ovat eettisesti hyväksyttävän hoitotyön lähtökohtia. (ETENE 2001, 12–15; ETENE 2011, 5-7; Leino- Kilpi 2009, 29–30.)

Ihmisarvon kunnioittaminen lähtee perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien kunnioittamisesta. Potilaalla on oikeus tulla hoidetuksi turvallisesti yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja koskemattomuutta kunnioittaen. Potilaan ja hänen omaistensa inhimillinen kohtelu ja luottamuksellisuus sekä toisen kunnioittaminen ovat jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuus. Ihmisarvon kunnioittamisen periaate tulee näkyä kollegiaalisuutena toista työntekijää ja työyhteisöä kohtaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 118–121.) Poikkimäen (2004, 86–94) mukaan potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys eivät aina toteudu. Lindholmin (2012, 21–37) mukaan myös hoitajalla on oikeus autonomiaan sekä arvostavaan ja asialliseen kohteluun työyhteisössä.

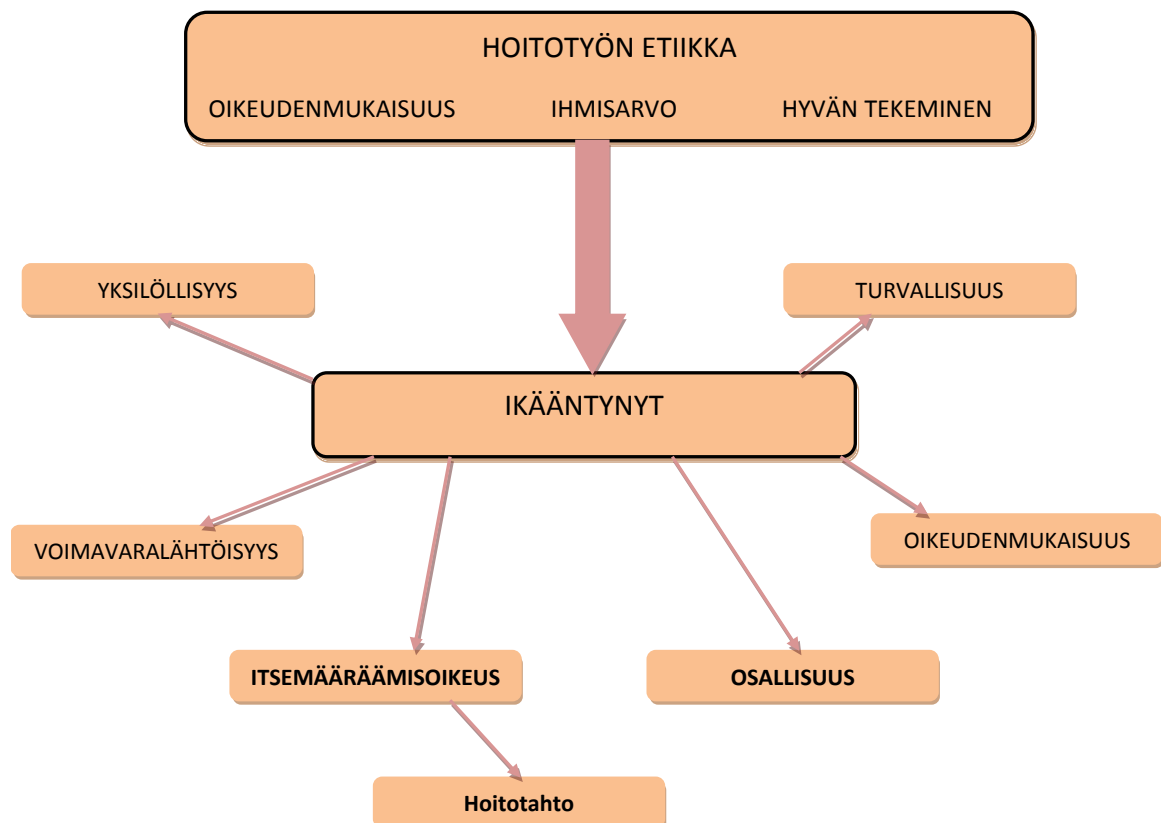
Hyvän tekeminen hoitotyössä on usein altruistista toimintaa. Altruismi hoitotyössä tarkoittaa, että hoitaja asettaa potilaan hyvinvoinnin ensisijaiseksi päämääräksi tinkien omista eduistaan. Hyvä terveys, toimintakyky ja laadukas elämä ja toisaalta kärsimysten lievittäminen ja ennaltaehkäisy ovat hoitotyön tavoitteita. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 121–123.) Hyvän tekemisen periaatteisiin sisältyy potilaan oikeus laadukkaaseen hoitoon. Laadukas hoito on potilaslähtöistä, turvallista ja tavoitteellista. Hoitohenkilökunnan vastuu ja ammattitaidon ylläpitäminen edistävät potilaan hyvinvointia. (ETENE 2011, 5; Leino- Kilpi 2009, 30.) Terveystieteiden huollon päättäjien kannalta hyvän tekeminen tarkoittaa terveyspalveluiden saannin varmistamista (ETENE 2001, 12).

Ikääntyneiden hoitotyössä keskeisiä päämääriä ovat onnistuneen ikääntymisen tukeminen, hyvän terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä hyvän elämänlaadun varmistaminen. Ikääntyvillä on usein monia sairauksia ja toimintakyvyn vajauksia. Hoitotyön arvomaailma ja eettiset periaatteet voivat joutua koetukselle hoitajan kohdatessa ikääntyneen potilaan, jonka fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt. Kuitenkin ikääntyvälle on mahdollistettava hoitoympäristö, jossa hänen ihmisarvoaan ja perusoikeuksiaan kunnioitetaan. (Sarvimäki 2009, 27–29.)

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto ovat määritelleet eettiset periaatteet lähtökohdaksi laadukkaalle ikääntyneiden hoitotyölle. Laatusuosituksen mukaan ikääntyneiden hoitotyössä tulee huomioida itsemääräämisoikeus, voimavarojen lähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Laadukas hoitotyö edellyttää eettisten periaatteiden hyväksymistä ja toteutumista käytännön hoitotyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 12–13.) Kuulluksi tuleminen omaan hoitoon liittyvissä asioissa sekä osallisuus yhteiskunnalliseen päätöksentekoon on nostettu esille myös uudessa vanhuspalvelulaissa (Vanhuspalvelulaki).

Ikääntyneet voivat olla toimintakyvyn alenemisen vuoksi riippuvaisia toisen ihmisen avusta. Iän tuomat muutokset eivät kuitenkaan saa vaikuttaa hoidon laatuun, eikä ikääntyneenkään potilaan oikeuksia saa rajoittaa ilman perusteltua syytä. Ikääntyneillä on yhtäläinen oikeus tulla kohdelluksi ihmisarvoisesti ilman kaltoinkohtelua. (Leino-Kilpi 2009, 282–283.) Ikääntyneiden hoidon tulee olla vanhuksen tarpeisiin perustuvaa ja kokonaisvaltaisesti voimavarat huomioivaa. Vanhuksella tulee olla mahdollisuus osallistua omaa elämäänsä ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon aina lääkehoidon toteutuksesta hoitopaikan valintaan saakka. (ETENE 2008, 3-4.)

Olen nostanut hoitotyön etiikasta tärkeimmiksi käsitteiksi ihmisarvon, hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden (ETENE 2001, 12–15; ETENE 2011, 5-7; Leino- Kilpi 2009, 29–30). Vanhustyön etiikkaan liittyvät oikeudenmukaisuus, turvallisuus, voimavaralähtöisyys, yksityisyys, itsemääräämisoikeus ja osallisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 12–13). Opinnäytetyössäni itsemääräämisoikeus, hoitotahto ja osallisuus ovat pääteemoja. (Kuva 2; Liite 1.)



Kuva 2. Eettiset periaatteet vanhustyössä (Mukaiillen Etene 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008.)

3.2 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus eli autonomia tarkoittaa sitä, että ihmisellä on oikeus, kyky, mahdollisuus ja vapaus tehdä itseään koskevia päätöksiä. (Pahlman 2003, 170–172). Itsemääräämisoikeus pohjautuu perustuslakiin, jonka mukaan jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, eikä tätä oikeutta saa riistää ilman laillista perustetta (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731). Asiakkaan itsemääräämisoikeus tulee huomioida ja hänen on annettava osallistua palvelujensa suunnitteluun. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jolloin potilaalle tarjotaan myös oikeus kieltäytyä hoidosta. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Terveystieteiden laaki 30.12.2010/1326.) Laadukkaaseen ikääntyneiden hoitotyöhön kuuluu yhtenä eettisenä periaatteena ikääntyneen itsemääräämisoikeus ja sen toteutuminen. Arvokas ikääntyminen mahdollistuu kuuntelemalla ikääntynyttä asiakasta ja noudattamalla hänen lakisääteistä autonomiaansa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 12–13.)

Itsemääräämisoikeuteen eli autonomiaan kuuluu jokaisen ihmisen oikeus määrätä omasta toiminnastaan (Pahlman 2003, 172). Itsemääräämisoikeuden täysipainoinen toteutuminen edellyttää kuitenkin henkilöltä riittävää arviointikykyä, jotta hän ymmärtää ja vastaa itse toimintansa seurauksista (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138). Pietarinen (1994, 14–47) jakaa itsemääräämisoikeuden eli autonomian ajattelun, tahdon ja toiminnan ulottuvuuksiin. Ajattelun autonomian periaatteen mukaisesti henkilöllä on kyky hankkia ja sisäistää tietoa ja hän kykenee muodostamaan omia mielipiteitä ymmärtäen myös tekojensa seuraukset. Tahdon autonomiaan kuuluu, että henkilö kykenee muodostamaan omia toiveita ja haluja sekä arvioimaan asioita kriittisesti. Jos ihmisellä on tahdon autonomiaa, hän kykenee tekemään itsenäisiä päätöksiä ja valintoja omien kokemustensa pohjalta. Tahdon autonomiaan kuuluu myös kyky hallita halujaan ja toiveitaan sekä asettaa asioita tärkeysjärjestykseen. Toiminnan autonomia tarkoittaa sitä, että ihminen kykenee toteuttamaan omat suunnitelmansa ja ajatuksensa. Tämä edellyttää usein fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.

Ihmisen toimintakyky ja terveydentila voivat vaikeuttaa itsemääräämisoikeuden toteutumista ajattelun, tahdon ja toiminnan osa-alueilla. Autonomian esteenä voi olla henkilön voimavarojen riittämättömyys tai kykenemättömyys loogiseen ajatteluun ja harkintaan esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Toisaalta ikääntyneen ihmisen autonomiaa voi rajoittaa

hoitohenkilökunnan tai omaisten autoritäärinen toiminta ja resurssien sekä apuvälineiden puuttuminen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138–140.)

Itsemääräämisoikeus ja integriteetti eli koskemattomuus ovat lakiin ja etiikkaan perustuvia oikeuksia. Tästäkin huolimatta itsemääräämisoikeutta rajoitetaan toisinaan sekä perustellusti, että perusteettomasti. Perustellusti itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa silloin, jos itsemääräämisoikeuden toteuttaminen vaarantaa muita ihmisiä tai jos ihminen ei pysty arvioimaan toimintansa seurauksia. Muistisairaus yksistään ei ole oikeutus rajoittaa henkilön itsemääräämisoikeutta. (Sarvimäki 2010 33–34.) Ikääntyneiden ja muistisairaiden hoitotyössä käytetään kuitenkin toisinaan keinoja, joilla rajoitetaan itsemääräämisoikeutta. Kiinni sitominen, eristäminen, liikkumisen rajoittaminen ja kulunvalvontalaitteiden käyttäminen ovat lain mukaan sallittuja vain, jos ne ovat potilaan turvaamisen kannalta välttämättömiä. (Kotisaari & Kukola 2012, 99.) Saarnion & Isolan (2010,267) mukaan itsemääräämistä rajoitetaan fyysisten keinojen lisäksi myös kemiallisesti eli lääkkeillä. Itsemääräämisoikeutta rajoittava tekijä voi olla myös hoitopaikan päivittäiset, potilaan tavoista poikkeavat rutiinit. Hoitopaikan määrittelemät ruokailuajat ja hoitotoimenpiteiden ajankohdat voivat poiketa ikääntyneen omista rutiineista, jolloin hän ei saa käyttää täysin itsemääräämisoikeuttaan. (Sarvimäki 2010, 35.) Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan oikeuta ihmistä käyttäytymään hoitopaikassa toisia loukkaavalla tavalla (Pahlman 2003, 137).

3.3 Toimintakyky ja voimavarat

Toimintakyky- käsitteellä tarkoitetaan laajasti ajateltuna sitä, miten henkilö selviytyy päivittäisessä elämässään (Lyyra 2007, 21). Toimintakyky voidaan käsittää toiminnanvajauksena tai voimavaralähtöisen ajattelun mukaisesti kykynä suoriutua jokaisen tärkeinä pitämistä toiminnoista. Yleisesti ottaen toimintakyky jaetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueisiin. (Punkanen & Eloranta 2008,7-9.)

Fyysinen toimintakyky ymmärretään usein terveyden synonyymiksi. Toimintakyvyn fyysisellä osa-alueella voidaan tarkoittaa keskeisten elimistön elinten toimivuutta. Hengityselinten, verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten ja aistielinten voidaan katsoa muodostavan yhdessä fyysisen toimintakyvyn. (Voutilainen 2010, 125.) Nummijoen (2009, 87) mukaan fyysisen toimintakyvyn vaje on keskeinen ikääntyneen kotihoidon asiakkaan osallisuutta rajoittava tekijä. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ja kuvataan henkilön kykyä selviytyä eteen

tulevista haasteista niin, ettei hänen psyykkinen hyvinvointinsa kärsi (Punkanen & Eloranta 2008, 12). Kun psyykkinen toimintakyky on riittävä, ihmisellä on emotionaalisia voimavaroja ja itsearvostus sekä mieliala ovat tasapainossa. Tällöin hän tuntee itsensä tyytyväiseksi elämänsä ja pystyy selviytymään arkielämän haasteissa. (Voutilainen 2010, 126; Punkanen & Eloranta 2008, 13.) Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä olla osallisena sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa ihmisten kanssa sekä kotona, että kodin ulkopuolella (Punkanen & Eloranta 2008, 16.) Vaikka toimintakyky jaetaan usein eri osa-alueisiin, on ikääntyneen toimintakykyä tarkasteltava yhtenä kokonaisuutena. Toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä ikääntyneen omassa, tutussa ympäristössä, ottaen huomioon vanhuksen kokemukset ja elämänhistorian (Voutilainen 2010, 130; Nummijoki 2009, 90).

Voimavarat ovat konkreettisia asioita, joiden avulla henkilö selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan. Toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa toimijuutta arkielämän haasteissa, mutta voimavaralähtöinen ja positiivinen ajattelutapa kompensoivat kykyjen heikentymistä. (Nummijoki 2009, 92.) Yksilön voimavarojen ja vahvuuksien tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen edesauttavat toimintakyvyn ylläpitämisessä. Menetetyn toimintakyvyn tuomia ongelmia voi korvata ja kompensoida myöntämällä omat heikkoutensa ja tunnistamalla jäljellä olevat voimavaransa. (Hägg ym. 2007, 37.)

Lyyran & Tiikkaisen (2010, 63) mielestä ikääntyneiden voimavaroja ovat sosiaaliset suhteet, taloudellinen hyvinvointi ja toimivat palvelut ja mielekkään tekemisen mahdollistava ympäristö. Ikääntyneen voimavarojen tunnistaminen ja niiden tukeminen ovat osa terveyden edistämistä. Elorannan tutkimuksen (2008,6) mukaan ikääntyneiden elämänhallinnan tunne ja oma toimintatahto ovat tärkeimpiä voimavaroja. Lisäksi harrastukset ja sosiaaliset suhteet antavat sisältöä elämään. Terveysongelmat, yksinäisyys ja hoitohenkilökunnan toiminta vaikeuttavat voimavarojen täysipainoista tunnistamista ja hyödyntämistä. Lyyran (2007,22) mukaan yhteiskunnan tulee kuitenkin tukea ikääntyneiden voimavaroja, siten etteivät taloudelliset vaikeudet estä osallisuutta omaan elämään ja yhteiskuntaan. Voimavarojen tukeminen edesauttaa ikääntyneen autonomian toteutumista ja turvaa hyvän elämänlaadun. Voimavaralähtöinen, muistisairaana ikääntyneen yksilölliset tarpeet huomioiva hoitotyö luo edellytykset kotona selviytymiselle ja siirtää laitoshoidon tarvetta (Sulkava 2010, 136–137).

3.4 Muistihäiriöt ja muistisairaudet

Muistihäiriöt voivat johtua monesta eri syystä. Ohimeneviä muistin häiriöitä voivat aiheuttaa monet eri tekijät kuten alkoholi, lääkkeet, aivoverenkiertohäiriöt, psyykkiset syyt sekä epilepsia. Ohimenevienkin muistihäiriöiden syy kannattaa selvittää. Muisti palautuu usein ennalleen, kun häiriön taustalla oleva sairaus tai muu syy hoidetaan. (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 82.) B- vitamiinin puutos, hyvänlaatuinen kasvain aivoissa, hydrogefalia ja kilpirauhasen toimintahäiriöt sekä masennus ovat parannettavissa olevia muistisairauksia (Sulkava 2010, 130). Aivovammat, aivoverenkierron häiriöt, aivotulehdukset sekä leikkaus ja sädehoito voivat jättää aivoihin pysyviä muutoksia. Tällöin puhutaan pysyvistä jälkitiloista, joissa muistihäiriöt eivät etene. Kuntoutus ja hoito sekä neuvonta ja ohjaus ovat kuitenkin tarpeen, sillä tila muistiongelmiseen on yleensä pysyvä. (Erkinjuntti ym. 2009, 82.)

Etenevät muistisairaudet vaikuttavat laajasti potilaan toimintakykyyn ja heikentävät itsenäistä selviytymistä. Kognitiiviset toiminnot hidastuvat ja vaikeutuvat ja lähimuistissa voi esiintyä suuriakin vaikeuksia. Muistiongelmien lisäksi etenevä muistisairaus aiheuttaa potilaalle toimintakyvyn muutoksia monella muullakin osa-alueella. Puheen tuottamisessa, esineiden tunnistamisessa ja hahmottamisessa sekä motoriikassa voi olla ongelmia. Tunne-elämä muuttuu ja vakaviakin käytöshäiriöitä voi esiintyä. (Sulkava 2010, 121–122.) Jo muistisairauden alkuvaiheessa masennus ja aloitekyvyttömyys sekä muistiongelmien voivat aiheuttaa sosiaalisista suhteista eristäytymistä. Tällöin tunne oman elämän hallinnasta ja yhteiskuntaan osallisuudesta heikkenee. (Punkanen & Eloranta 2008, 124–125.) Etenevistä muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin. Muita eteneviä muistisairauksia ovat esimerkiksi vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale – tauti, Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus sekä otsaohimolohkorappeumat. (Muistisairaudet -käypä hoito-suositus; Sulkava 2010, 123–132.)

Väestön ikääntyessä myös etenevää muistisairautta sairastavien määrä nousee. Vuonna 2010 Suomessa oli arviolta 30 000–35 000 lievää muistisairautta sairastavaa ja 95 000 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa potilasta. Vuonna 2020 vähintään keskivaikeasti muistisairaiden määrä tulee olemaan arviolta 130 000. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 7.) Muistisairaus vaikuttaa kotona asuvan ikääntyneen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimitaan itsenäisesti. Kotihoidon palveluja tarvitaan kognitiivisten kykyjen heikentyessä ja usein toimintakyvyn heikentymisen taustalla ovat muistin ongelmat. (Niemelä & Iso-Aho 2009,

165–170.) Muistisairaiden prosentuaalinen osuus säännöllistä kotihoitoa saavista asiakkaista vuonna 2011 koko maassa oli 18,2 % ja Kainuussa 29 % (Sotkanet 2013). Muistisairaudet ja niiden hoito synnyttävät kansantaloudellisia kustannuksia. Näitä kustannuksia voidaan hillitä varhaisen diagnosoinnin, kuntoutuksen ja hoidon avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 7.)

Muistisairaana turvallinen ja elämänlaatua ylläpitävä kotona asumisen tukeminen on haaste kotihoidon henkilökunnalle. Ikääntyneillä on usein muistisairauden rinnalla myös muita toimintakykyyn vaikuttavia perussairauksia. Kokonaisvaltainen ja laadukas hoitotyö vaatii kotihoidon työntekijöiltä vankkaa ammatillista osaamista. Voimavaralähtöinen, kuntouttava hoitotyö pitää sisällään asiakkaan hoidon lisäksi omaisten ohjaamisen ja tukemisen arjessa jaksamiseksi. Osallisuus omaan hoitoon ja yhteiskuntaan parantaa muistisairaana elämänlaatua. (Punkanen & Eloranta 2008, 124–125; Niemelä & Iso-Aho 2009, 169–170.) Sarvimäen (2009, 36.) mielestä etenevä muistisairaus vaikuttaa asiakkaan kykyyn ymmärtää ja tehdä itsenäisiä päätöksiä. Turvallisuuskulmaan vedoten muistisairaana itsemääräämisoikeus ei siten välttämättä täysin toteudu.

Eteneviin muistisairauksiin ei ole vielä keksitty parantavaa lääkitystä. Lääkehoito yhdistettynä kuntouttavaan, voimavaroja tukevaan hoitotyöhön hidastaa kuitenkin sairauden etenemistä ja siirtää laitoshoidon joutumista. Ennaltaehkäisevä terveydenhuoltotyö painottaa muistisairauden riskitekijöiden tunnistamista ja niihin puuttumista riittävän ajoissa. Korkeaa verenpainetta, kolesterolia, ylipainoa ja diabetesta voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä. Liikunta ja terveellinen ravinto sekä päihteiden kohtuullinen käyttö pienentävät muistisairauteen sairastumisriskiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a; Muistisairaudet-käypä hoito-suositus.)

3.5 Hoitotahto itsemääräämisoikeuden ilmentäjänä

Hoitotahdon avulla potilas voi ilmaista mielipiteensä omaan hoitoonsa ja hoivaansa liittyen. Potilas voi hoitotahdon avulla kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä, esimerkiksi elvytyksestä ja nestehoidosta. Hoitotahtoa ei kuitenkaan voi käyttää vaatiakseen itselleen tiettyjä toimenpiteitä tai hoitokeinoja. (Pahlman 2003, 253.)

Hoitotahto voidaan tehdä suullisesti tai kirjallisesti. Kirjalliseen hoitotahtoon voi pyytää todistajiksi kaksi lähisukuun tai perheeseen kuulumatonta todistajaa, mutta ilman todistajiakin hoitotahto on pätevä, kun se on varustettu päiväyksellä ja allekirjoituksella. Suullinen hoitotahto on kuitenkin yhtä pätevä kuin kirjallinen. Hoitotahdon olemassaolosta kannattaa tehdä merkintä potilaan sairauskertomukseen. Tulevaisuudessa myös sähköinen hoitotahto mahdollistuu kansallisen terveydenhuollon sairauskertomusarkiston KanTa:n myötä. (Halila & Mustajoki 2012.)

Hoitotahdon voi laatia vapaamuotoisesti, keskittyen niihin asioihin ja arvoihin, joita potilas pitää merkittävimpinä oman hoitonsa ja hoivansa kannalta (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 77). Saatavilla on myös valmiita lomakkeita ja esimerkiksi Muistiliitto Ry:n internetsivuilta löytyy valmis hoitotahtoni-kaavake (Muistiliitto Ry 2012a). Hoitotahto astuu voimaan silloin kun potilas ei vakavan sairauden tai muun syyn, kuten muistisairauden vuoksi pysty ilmaisemaan tahtoaan (Kotisaari & Kukkola 2012, 104). Hoitotahdolla varmistetaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja elämänarvojen ja tapojen sekä tottumusten kunnioittaminen ja noudattaminen elämän loppuun saakka. Jotta hoitotahto olisi pätevä, on se tehtävä henkilön omasta tahdosta ja niin, että potilas ymmärtää tahdonilmaisunsa merkityksen ja mahdolliset vaikutukset (Pahlman 2007, 272).

Myös muistisairas voi ilmaista oman hoitotahtonsa suullisesti ja kirjallisesti. Vaikka potilas ei olisi enää oikeudellisesti toimintakykyinen, on hänen itsemääräämisoikeuttaan silti kunnioitettava. Oikeudellisen toimintakyvyn menettäminen ei tarkoita itsemääräämisoikeuden menettämistä omaan hoitoonsa ja hoivaansa liittyen. (Pirttilä, Juva, Hietanen, Erkinjuntti, Mäki-Petäjä-Leinonen & Koponen 2005, 4720.) Suomessa oli vuonna 2010 noin 95000 vähintään keskivaikeasti muistisairasta henkilöä. Luvun arvioidaan nousevan niin, että vuonna 2020 heitä on jo 130 000. Kun näihin ennusteisiin lisätään lievästi muistisairaiden osuus, voidaan sanoa, että muistisairaudet ovat kansantauti. Kansallinen muistiohjelma -tavoitteena muistiystävällinen Suomi 2012–2020 tukee kuntia ja kuntayhtymiä kehittämään palvelujärjestelmää niin, että muistisairaiden ja heidän läheistensä tarpeet huomioidaan. Ohjelman tavoitteena on muistisairauksien varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy sekä muistisairaana arvokkaan elämän ja hyvän hoidon turvaaminen itsemääräämisoikeutta kunnioittaen sekä yhteiskunnan asenteiden muuttaminen muistiystävällisiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.) Ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008) mukaan itsemääräämisoikeus on yksi perusarvoista, jonka toteutuminen turvaa ihmisarvoisen vanhuuden. Räsänen (2011, 112–120) mukaan

itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja omat vaikutusmahdollisuudet lisäävät asiakkaan tyytyväisyyttä ja parantavat elämänlaatua.

Hoitotahto on voimassa toistaiseksi, mutta halutessaan sen voi peruuttaa tai muuttaa suullisesti tai hävittämällä asiakirjan. Muutoksesta tai hoitotahdon mitätöinnistä kannattaa tehdä merkintä potilasasiakirjoihin, jotta välttyttäisiin väärinymmärryksiltä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 104.) Sekä kirjallinen, että suullinen hoitotahto ovat sitovia ja niitä tulee noudattaa. Hoitotyössä joudutaan joskus tilanteisiin, joissa potilaan hoitotahtoa ei kunnioiteta. Tämä ei ole kuitenkaan oikein. Jos ei ole perusteltua syytä olettaa potilaan tahdon muuttuneen, on hoitotahtoa noudatettava, vaikka omaiset olisivat eri mieltä. Potilaan tahto ohittaa omaisten vaatimukset. (Kokkonen ym. 2004, 82–83.) Mikäli potilaan omaiset ja läheiset ovat eri mieltä hoitotahdon tulkinnasta, päätöksen tekee viimekädessä hoitohenkilökunnan edustaja, yleensä lääkäri. Tällöin päätös tehdään sillä perusteella, mikä lääkärin mielestä vastaa potilaan etua parhaiten juuri kyseisessä tilanteessa. (Kotisaari & Kukkola 2012, 105).

Hoitotahdon laatimiseen vaikuttaa henkilön omien arvojen ja asenteiden lisäksi maassa vallitseva kulttuuri. Yhdysvalloissa laki suosittaa, että sairaalaan tulevalta tiedustellaan hoitotahdon olemassaolosta. Tilastojen valossa vuonna 2000 Yhdysvalloissa kuolleista henkilöistä 70 prosentilla oli hoitotahto tai erikseen nimetty henkilö, joka sai osallistua hoitopäätöksiin. Suomessa ei ole tehty kovinkaan paljon suoraan hoitotahtoon liittyviä tutkimuksia. (Laakkonen, Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2005, 5179–5183.) Itsemääräämisoikeutta ja sen merkitystä sen sijaan on tutkittu enemmän. Muistiliiton ja Novartis Finland Oy:n 2012 valmistuneen REPEAT-tutkimuksen mukaan 80 prosenttia tutkimukseen osallistuneista muistisairaista ei ollut laatinut hoitotahtoa. Kuitenkin osa tutkimukseen osallistuneista oli keskustellut läheisensä kanssa tulevaisuuteen liittyvistä asioista. Hoitotahdon laatiminen vahvistaisi itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Muistiliitto 2012b.)

3.5.1 Hoitotahdon hyödyt ja haasteet

Hoitotahdon yksi merkittävimmistä hyödyistä on potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen myös silloin, jos hän ei enää pysty ilmaisemaan tahtoaan muutoin (Pahlman 2007, 272). Hoitotahto auttaa lääkäreitä ja muuta hoitohenkilökuntaa käytännön hoitotyössä. Hoitopäätöksiä on helpompi tehdä, kun potilaan oma tahto hoitoon liittyvissä asioissa on tiedossa. (Laakkonen ym. 2006, 2183.) Omaiset voivat joutua tekemään vaikeitakin hoitopäätöksiä

läheisensä puolesta. Päätösten tekeminen on helpompaa kuin päätöksenteon tukena on potilaan hoitotahto. Hoitotahdolla voidaan myös välttää hoitohenkilökunnan ja omaisten väliset ristiriidat hoitopäätöksiä tehtäessä. (Kokkonen ym. 2004, 91–92.)

Lääketiede on koko ajan kehittyvä tieteenala. Vakaviinkin sairauksiin on kehitetty uusia hoitokeinoja ja aiemmin parantumattomista sairauksista voi nykyään selvitä. Myös potilaat sekä heidän omaisensa ja läheisensä tietävät olemassa olevista hoitokeinoista entistä enemmän. Hoitotyössä voi syntyä ristiriitatilanteita, jolloin omaiset vaativat käytettäväksi kaikkia mahdollisia hoitokeinoja omaisensa parantamiseksi silloinkin, kun se ei enää ole tarkoituksenmukaista. Myös lääkärin voi olla vaikeaa myöntää, että parantavaa hoitoa ei enää ole. (Kokkonen ym. 2004, 92–95.) Louhialan (2003, 4385) mukaan hoitotahdosta on täten myös kansantaloudellista hyötyä. Potilaalle ei turhaan tehdä kalliita tutkimuksia ja hoitoja, jos hän on niistä itse hoitotahdossaan kieltäytynyt.

Hoitotahtoon ja sen toteutumiseen liittyy myös monia merkittäviä haasteita. Yksi haaste on se, tietävätkö omaiset ja hoitohenkilökunta potilaan suullisen tai kirjallisen hoitotahdon olemassaolosta. Suositeltavaa on, että potilasasiakirjoissa olisi aina merkintä, mikäli potilaalla on voimassaoleva hoitotahto. Sähköinen kirjaaminen ja KanTa-arkisto edesauttavat tietoisuutta potilaan hoitotahdosta. (Kotisaari & Kukkola 2012, 104–105.) Hoitotahdon olemassaolosta voi ilmaista myös hoitotahtokortilla, joita on saatavilla apteekkeista, sairaaloista, hoitolaitoksista ja Internetistä. Kortti on helppo pitää mukana, mutta se ei korvaa hoitotahtoa, vaan sen avulla henkilö varmistaa hoitotahtonsa löytymisen tarpeen vaatiessa. (Exitus Ry 2013.)

Hoitotahto, kuten monet muutkin asiakirjat, tulisi aika ajoin päivittää (Kokkonen & Holi 2012, 105). Lääketiede kehittyy jatkuvasti ja sairauksiin löytyy uusia hoitokeinoja. Potilas on voinut laatia hoitotahtonsa ollessaan masentunut tai hänen tietämyksensä lääketieteestä ei ole ollut riittävä. Arvot ja asenteet voivat muuttua henkilön ikääntyessä. (Laakkonen ym. 2006, 5183.)

Hoitotahdon tulkinta voi olla haastavaa. Hoitohenkilökunnan ja potilaan arvomaailmat voivat olla hyvin erilaiset. Hoitotahto voi olla liian yleisluontoisesti kirjoitettu, jotta sitä osattaisiin tulkita oikein potilaan näkökulmasta. (Louhiala 2003, 4385.) Omalääkäri- ja omahoitaja-järjestelmät voisivat auttaa hoitotahdonkin tulkinnassa, kun potilaan kokonaistilanne olisi paremmin hoitavan tahon tiedossa. Näin hoitopäätökset eivät perustuisi pelkkään asiakirjaan,

vaan hoitohenkilökunta tuntisi potilaan arvoineen ja asenteineen pidemmältä ajalta. (Laakkonen ym. 2006, 5182.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa noudattamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitotahto on siis juridisesti sitova, mutta siitäkkin huolimatta potilaan itsemääräämisoikeus ei aina toteudu (Kokkonen ym. 2004, 83). Immosen (2005,43) tutkimuksen mukaan hoitajien tieto hoitotahdosta on vain tyydyttävä. Tämä voi olla yksi syy siihen, miksi hoitotahtoa ei noudateta.

3.5.2 Edunvalvontavaltuutus

Edunvalvontavaltuutus on hoitotahdon ohella hyvä keino turvata etukäteen oman tahtonsa ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen vakavan sairauden tai vamman vaikuttaessa toimintakykyyn. Edunvalvontavaltuutus on asiakirja, jonka avulla henkilö järjestää asioidensa hoidon tilanteessa, jossa hän ei ole enää itse kykenevä hoitamaan asioitaan. Valtakirja tehdään kirjallisesti kahden todistajan ollessa läsnä. Suullinen valtuutus ei ole pätevä. Valtakirjassa tulee määritellä asiat, joiden hoitoon valtuutus annetaan sekä se, millaisissa tilanteissa valtuutus astuu voimaan. (Laki edunvalvontavaltuutuksesta 25.5.2007/648.)

Edunvalvontavaltuutus astuu voimaan vasta, jos valtuuttaja on menettänyt pätevän toimintakykynsä. Vahvistus asiakirjalle saadaan maistraatista erillisellä hakemuksella. Valtuutus ei edes voimaan astuessaan ylitä henkilön itsemääräämisoikeutta. Jos potilas pystyy ilmaisemaan tahtonsa esimerkiksi sairaalahoitoon liittyvissä asioissa, on sitä noudatettava. Mikäli potilaan tahtoa ei saada selville, on edunvalvontaan valtuutettua kuultava potilaan asioista ja hoidosta päätettäessä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 105–107.) Edunvalvontavaltuutettu saa päättää valtuuttajan puolesta tietyissä. Tietyt henkilökohtaiset asiat on kuitenkin laissa suljettu valtuutetun toimivallan ulkopuolelle. Valtuutetulla ei ole oikeutta peruuttaa testamenttia, antaa lupaa adoption, isyyden tunnustukseen tai avioliittoon. (Laki edunvalvontavaltuutuksesta 25.5.2007/648.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta eli kuulluksi tulemisesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa sekä kartoittaa, millaista tietoa heillä on hoitotahdosta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitä itsemääräämisoikeus ja osallisuus eli oman hoitonsa suhteen kuulluksi tuleminen merkitsevät kotihoidon asiakkaalle. Tämän tiedon esilletuomisella voidaan vaikuttaa laadukkaan ja asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämiseen kotona asumista tukevissa palveluissa.

Tutkimustehtävät:

Millaisia kokemuksia kotihoidon asiakkailla on itsemääräämisoikeudesta?

Millaisia kokemuksia kotihoidon asiakkailla on osallisuudesta eli kuulluksi tulemisesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa?

Mitä kotihoidon asiakkaat tietävät hoitotahdosta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään, kun pyritään ymmärtämään ja selittämään tutkittavaa ilmiötä. Tutkimusmenetelmä korostaa ihmisten ja heidän kokemustensa ainutlaatuisuutta. (Leino-Kilpi 2006, 222–223.) Tieto kerätään usein luonnollisissa tilanteissa esimerkiksi haastattelun, havainnoinnin ja keskustelujen avulla. Tärkeää on saada tutkittavan omat ajatukset ja näkökulmat esille käsittelemällä saatu aineisto monipuolisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160–164.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään usein avoimen haastattelun tai vapaamuotoisten esseekirjoituksen avulla. Olennaista on, että tutkija hallitsee haastattelutilanteen ja antaa tilaa haastateltavan ajatuksille ja kokemuksille. Tutkijan on käsiteltävä kerättyä aineistoa tiedostaen omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä ja pyrittävä erottamaan omat käsityksensä tutkittavien käsityksistä. (Åstedt-Kurki & Nieminen 2006, 152–156.) Tämä voi olla haasteellista varsinkin kokemattomalle tutkijalle.

Jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa minulle selkiytyi, että laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu opinnäytetyöhöni määrällistä menetelmää paremmin. Halusin, että tutkimusjoukko on pieni ja rajattu, joten laadullinen menetelmä sopi hyvin tähän tarkoitukseen. Tarkoituksenani oli kuvailla kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemäärittämisoikeudesta ja osallisuudesta siten, että saan esilletuotua heidän henkilökohtaisia ajatuksiaan ja näkökulmiaan. Laadullinen tutkimusmenetelmä sopi määrällistä menetelmää paremmin juuri tähän tarkoitukseen. Suurin haaste tässä laadullisessa opinnäytetyössä oli ennakkoon ajateltuna se, miten kerään ja käsittelen aineiston antamatta omien ennakkokäsitysteni vaikuttaa liikaa lopputulokseen. Voidakseen ymmärtää riittävän hyvin tutkittavaa ilmiötä, tutkijalla tulee kuitenkin olla esiymmärrys tutkimastaan ilmiöstä. Ilman esiymmärrystä tulkinta ilmiöstä jää pinnalliseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 35.)

valikoin oman työyksikköni, Kajaanin eteläisen kotihoidon asiakkaiden joukosta. Hain lupaa haastatteluja varten Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, sosiaali- ja terveys-toimialan, vanhuspalveluiden, kotona asumista tukevien palveluiden vastuualuepäälliköltä Eija Rämältä. Lupa-anomuksessa hain lupaa haastatella noin viittä kotihoidon asiakasta opinnäytetyötäni varten. Lupa-anomukseni hyväksyttiin muutoksitta 9.4.2013. (Liite 3.)

Valitsin haastateltavakseni asiakkaita, joiden kognitiivinen toimintakyky oli hyvä tai vain lievästi alentunut. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että rajasin haastateltavien joukosta pois ne henkilöt, joilla oli pitkälle edennyt muistisairaus. Tätä valintaani perustelen sillä, että ensimmäistä tämänkaltaista opinnäytetyötä tekeväälle muistisairaana teemahaastattelu olisi voinut olla liian haasteellinen tehtävä. Haastateltavien valinnassa käytin myös yhtenä valintakriteerinä sitä, että en valinnut haastateltaviksi asiakkaita, joille toimin omahoitajana. Jos haastateltavilla ja minulla olisi ollut jo etukäteen kiinteä hoitosuhde, olisi haastattelu voinut rönsyillä liikaa. Koin, että kun haastattelin minulle entuudestaan lähes tuntemattomia asiakkaita, sain haastattelut pysymään aikataulullisesti kohtuullisina ja paremmin teemoihin keskittyvinä.

Otin haastateltaviin yhteyttä ensin puhelimitse. Kerroin puhelimesta pääpiirteittäin opinnäytetyöstäni ja pyysin ensin suullista lupaa haastatteluun. Kaikki haastateltavat lupautuivat haastatteluun heti puhelimesta ja sovimme haastateltaville sopivan haastatteluajan. Itse haastattelut toteutettiin haastateltavien kodeissa. Haastattelun alkuvaiheessa kerroin opinnäytetyöstäni ja siitä, että heidän henkilöllisyytensä pysyy salassa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kerroin myös, että en maksa haastatteluista minkäänlaista rahallista korvausta. Korostin vielä sitä, että he voivat keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa ja perua suostumuksensa. Ennen haastattelun alkua täytimme suostumusasiakirjan (Liite 4.) kahtena kappaleena. Varmistin ennen haastattelun alkua vielä, että saan nauhoittaa haastattelun aineistonkäsittelyn helpottamiseksi.

Alun perin minulla oli tarkoitus haastatella noin viittä kotihoidon asiakasta. Lopullinen haastateltavien määrä tarkentui aineistonkeruuvaiheessa. Koska aineistoa kertyi haastatteluissa runsaasti, lopullinen haastateltavien määrä oli kolme ($n=3$) henkilöä. Käytin haastatteluissa apuvälineenä nauhuria, jotta voin myöhemmin purkaa haastattelut nauhoilta paperille helpottaakseni aineiston analyysiä. Aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanasta sanaan kutsutaan litte-roinniksi (Hirsjärvi ym. 2010, 222).

Haastattelut etenivät hyvin ennalta asettamieni teemojen mukaisesti. Minulla oli varmuuden vuoksi paperilla täsmentäviä kysymyksiä, joilla voisin palauttaa haastattelun tarpeen vaatiessa takaisin oikeaan aiheeseen (Liite5). Aloitin jokaisen haastattelun kertomalla alussa, että minulla on kolme eri aihealuetta ja tarkoituksemme on keskustella niistä mahdollisimman vapaamuotoisesti. Aloitin jokaisen haastattelun esittämällä asiakkaalle kysymyksen, että mitä hänen mielestään itsemääräämisoikeus tarkoittaa omin sanoin kerrottuna. Jokainen haastattelu eteni tämän jälkeen omalla painollaan. Välillä esitin tarkentavia kysymyksiä asiakkaalle varmistaakseni, että ymmärsin hänen kertomansa asiat oikein. Haastattelut erkanivat välillä varsinaisesta teemasta jonkin verran. Olin kuitenkin varannut haastatteluihin aikaa kaksi tuntia jokaista haastateltava kohden, jotta haastateltavat saisivat kertoa kokemuksistaan ilman kiireen tunnetta. Silloin kun keskustelu alkoi lähteä liian kauas teemasta, palautin haastateltavan takaisin oikeaan teemaan. Tämä menetelmä oli mielestäni toimiva, sillä sain erittäin paljon käyttökelpoista materiaalia opinnäytetyötäni varten. Toisaalta haastatteluihin kului todella paljon aikaa. Totesin myöhemmin, että haastatteluihin kannattaa jatkossa varata enemmän aikaa.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kun aineisto on kerätty, tarvitsee se myös analysoida, jotta tutkimustulokset voidaan julkaista. Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen perinteisimmistä analysointimenetelmistä, jonka avulla voidaan tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 112.) Sisällönanalyysillä voidaan analysoida monenlaista aineistoa, kuten kirjoja, kirjeitä, haastatteluja ja melkein mitä tahansa kirjallisessa muodossa olevaa materiaalia. Sisällönanalyysin avulla aineisto saadaan kuitenkin vain järjestettyä, jotta tutkija voi tehdä johtopäätöksiä. Onnistunut sisällönanalyysi edellyttää siis, että tutkija kuvaa analyysinsä tarkasti sekä kykenee esittämään analyysin pohjalta johtopäätöksiä. Ilman näitä johtopäätöksiä raportti jää vain pinnalliseksi tulosten luokitteluksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä kolmella eri tavalla, aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, teorialähtöisesti eli deduktiivisesti tai teoriaohjaavalla tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95). Tässä opinnäytetyössä päädyin käyttämään teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Teoriaohjaavasti tehdyssä sisällönanalyysistä analyysiosioista löytyy selkeitä kytkentöjä teoriaan. Analysointia ei kuitenkaan tehdä pelkästään teoriaan pohjautuen, vaan teoriaa käytetään apuna aineiston

käsittelyssä. Analysoinnissa hyväksytään ja määritellään olemassa oleva teoria, mutta tarkoituksena ei ole lähteä testaamaan olemassa olevaa teoriaa. Lähinnä voitaisiin sanoa, että teoriaohjaavassa analyysissä teoria antaa analysoinnille suuntaviivat. Kuitenkin itse analysointivaiheessa mielenkiinto keskittyy saatuun aineistoon. Analysoinnin lopuksi saatuja tuloksia peilataan jälleen teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96.) Eriksson ym. (2007, 38.) kutsuvat teoriaohjaavaa analyysimenetelmää abduktiiviseksi eli retroduktiiviseksi tavaksi. Grönforsin & Vilkan (2011, 17) mukaan abduktiivinen päättely ei ole toistaiseksi saavuttanut merkittävää suosiota tutkimusmenetelmänä. Abduktiivinen päättely ja sisällönanalyysi antavat kuitenkin monipuolisempia mahdollisuuksia ymmärtää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä kuin deduktiivinen ja induktiivinen menetelmä. Tutkijalla on aina jonkinlaisia ennakkokäsityksiä tutkimastaan ilmiöstä. Tuomen & Sarajärven (2013, 112–113) mukaan nämä ennakkokäsitykset eivät saisi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Grönfors & Vilka (2011, 18–19) korostavat, että ilman esiymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä, tutkimustulokset jäisivät vain luettelomaisesti kirjoitetuiksi havainnoiksi. Abduktiivinen päättely ja tulosten analysointi antavat tutkijalle enemmän vapauksia aineiston analysoimiseen kuin induktiivinen ja deduktiivinen menetelmä. Analyysivaiheessa voidaan näin saada jopa muodostettua uusia teorioita, jotka pelkästään aineistolähtöisessä analyysissä jäisivät huomioimatta.

Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun teemat nousivat esiin opinnäytetyön teoreettisesta viitekehyksestä. Analysoin kuitenkin saadun materiaalin induktiivisesti, teorian antaessa minulle pelkästään suuntaviivat. Analysoinnin lopussa peilasin saamiani tuloksia ja johtopäätöksiä jälleen olemassa olevaan teorial tietoon ja tutkittuun tietoon etsien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tässä opinnäytetyössä tulosten perusteella ei muodostunut uusia teorioita, mutta käyttämäni tapa kuvastaa kuitenkin hyvin teoriaohjaavaa, eli abduktiiviseen päättelyyn pohjautuvaa sisällönanalyysiä.

Aloitin aineiston analysoinnin purkamalla haastattelut nauhoilta kirjalliseen muotoon. Tätä menetelmää kutsutaan litteroinniksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Materiaalin muuttaminen tekstimuotoon on haasteellista. Haastattelun pohjalta kirjoitettu tekstiaineisto ei kuitenkaan koskaan ole täysin yhteneväinen alkuperäisen haastattelun kanssa. Varsinaisessa haastattelussa myös äänenpainoilla on merkitystä. Haastattelunauhoite voi myös olla osittain epäselvä, jolloin sen purkaminen sanasta sanaan on mahdotonta. (Kylmä & Juvakka 2012, 110–112.)

Kirjoitin haastattelut sanasta sanaan kirjalliseen muotoon ja korostin haastateltavien osuudet lihavoimalla tekstin. Poistin haastatteluista henkilöiden ja paikkojen nimet, jotta haastateltavan henkilöllisyys ei paljastuisi. Kirjoitin henkilön tai paikkannimen tilalle kirjallisessa muodossa oleviin haastatteluihin -nimi-. Haastateltavan puheessa pitämän tauon merkitsin kolmella pisteellä (...). Jos haastateltava painotti jotain tiettyä sanaa haastattelussa, kirjoitin sen litteroidessani isoilla kirjaimilla. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 33 sivua Word-tekstinkäsittelyohjelmalla kirjoitettuna, kun rivinväli oli 1.5, fonttina Arial ja fontin kokona 12. Haastattelujen litterointi oli työlästä ja aikaa vievää. Haastateltavat puhuivat vivahteikkaasti murren sanastoa käyttäen, mikä toi omat haasteensa litteroijalle. Kaiken kaikkiaan haastattelujen purkamiseen meni kaksi työpäivää.

Litteroinnin jälkeen aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Tämä tarkoittaa sitä, että aineistosta karsitaan pois tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–109.) Pelkistämistä voidaan kutsua myös tiivistämiseksi. Redusointivaiheessa aineistosta poimitaan alkuperäisiä ilmauksia, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä ja joiden avulla saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Olennaista aineiston pelkistämisessä tai tiivistämisessä on, että aineiston alkuperäinen sisältö ei saa muuttua redusointivaiheessa. Tämän vuoksi alkuperäisilmaukset kannattaa kirjoittaa sanatarkasti alkuperäiseen aineistoon pohjautuen. (Kylmä & Juvakka 2012, 116–117.) Lopuksi alkuperäisilmauksen ydinasia tiivistetään ja siitä muodostuu pelkistetty ilmaus. Pelkistetty ilmaus kuvaa alkuperäisilmauksen ydinasian tiivistettynä muutaman sanan mittaiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–110.)

Pelkistin litteroidun aineiston etsimällä tekstistä alkuperäisiä ilmauksia, jotka kuvasivat tutkimaani ilmiötä ja antoivat vastauksia asettamiini tutkimustehtäviin. Pelkistin aineiston haastattelujen teemojen (itseään määräämisoikeus, osallisuus/kuulluksi tuleminen ja hoitotahto) mukaisesti. Pelkistämisen apuna käytin värikoodausta. Etsin litteroidusta tekstistä itseään määräämisoikeuteen liittyviä asioita ja merkitsin tekstistä löytämäni kohdat keltaisella värillä. Osallisuuteen/kuulluksi tulemiseen liittyvät asiat merkitsin punaisella värillä ja hoitotahtoon liittyvät asiat vihreällä. Koska haastatteluaineistoni oli kerätty teemahaastattelun avulla, oli aineiston pelkistäminenkin järkevää tehdä teemoittelemalla. Teemoittelu tarkoittaa aineiston luokittelamista eri aihepiirien eli teemojen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 93). Pelkistämisen vaiheen lopussa listasin teemoittain kaikki mielestäni merkitykselliset alkuperäisilmaukset sanasta sanaan kirjoittaen. Muodostin lopuksi jokaisesta alkuperäisilmauksesta pelkistetyn ilmauksen. (Liite 6.)

Redusoinnin jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Ryhmittelyssä tarkastellaan pelkistettyjä ilmauksia ja etsitään samankaltaisia ilmauksia. Samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia. (Kylmä & Juvakka 2012, 118–119.) Alaluokat nimetään käsitteellä, joka tutkijan mielestä kuvaa parhaiten kyseisen luokan sisältöä. Prosessi jatkuu siten, että alaluokkia edelleen yhdistetään ja näin muodostuu yläluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Klusteroin aineiston etsimällä teemoittain pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia. Yhdistin samankaltaiset ilmaukset ryppääksi ja muodostin niistä alaluokan. Jatkoin aineiston käsittelemistä edelleen siten, että etsin samankaltaisia alaluokkia ja muodostin niistä yläluokkia. (Liite 7.)

Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Aineiston abstrahointivaiheessa aineistoa käsitellään edelleen ja yläluokista etsitään samankaltaisuuksia, jolloin muodostuu pääluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24–36.) Abstrahointivaiheessa alkuperäisestä aineistosta muodostuu siis tutkijan päättelyyn perustuva käsitteellinen malli tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Johtopäätösten ja tulosten julkaisussa tutkija peilaa saamiaan tuloksia olemassa olevaan teorian tietoon sekä oman tutkimuksensa tuloksiin etsien eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Laadullisen aineiston analysoinnissa on kuitenkin muistettava, että keskipisteessä tulisi olla tutkittavilta henkilöiltä saatu tieto. Tutkijan ennakkokäsitykset ja olemassa oleva teoria eivät saisi vaikuttaa liikaa tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112–113.)

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, yhdistäen induktiivista ja deduktiivista menetelmää (Tuomi & Sarajärvi 2013, 117: vrt Grönfors & Vilkkä 2011, 17–20). Olen kuvannut analysointiprosessiani esimerkkien avulla liitteissä 6, 7 ja 8. Käytin esimerkkinä itsemääräämisoikeuden osa-aluetta. Liitteessä 6 olen kuvannut aineiston pelkistämistä alkuperäisistä ilmauksista pelkistettyihin ilmauksiin. Liitteessä 7 pelkistetyistä ilmauksista on muodostunut alaluokka ja yläluokka. Liitteessä 8 kuvaan sitä, miten yläluokat jakaantuvat vielä pääluokaksi. Pääluokat muodostuivat suoraan teemahaastattelun teemoista teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Seuraavassa osiossa käsittelen tarkemmin opinnäytetyöni tuloksia.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

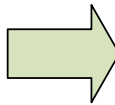
Tässä opinnäytetyössä pääluokat eli itsemääräämisoikeus, osallisuus/kuulluksi tuleminen ja hoitotahto muodostuivat suoraan teemahaastattelun teemoista, teoreettiseen viitekehykseen perustuen. Itse analysointi eteni kuitenkin induktiivisesti haastatteluaineistoon pohjautuen. Alkuperäisistä ilmauksista muodostui pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset yhdisteltiin edelleen teemoittain alaluokiksi ja yläluokiksi. Itsemääräämisoikeuden alle muodostui kahdeksan yläluokkaa: halu päättää omasta asuinpaikasta, muistin vaikutus itsemääräämisoikeuteen, itsemääräämisoikeuden merkitys kotihoidon asiakkaalle, kokemuksia hoitajien ja omaisten roolista itsemääräämisoikeuden tukijoina, kokemuksia vaikutusmahdollisuudesta kotikäyntien ajankohtaan, pelko itsemääräämisoikeuden menettämisestä, kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ja sopeutuminen itsemääräämisoikeuden rajoittumiseen. Osallisuuden/kuulluksi tulemisen alle muodostui kuusi yläluokkaa: kokemuksia hoitajien ja omaisten roolista osallisuuden tukijoina, kokemuksia osallisuudesta lääkehoitoon liittyvissä asioissa, kokemuksia osallisuudesta kotikäyntejä suunniteltaessa, kokemuksia hoitotyön asiakaslähtöisyydestä, kokemuksia osallisuudesta hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa ja kokemuksia kotona selviytymisen tukemisesta osallisuuden avulla. Hoitotahdon alle muodostui neljä yläluokkaa eli tietämys hoitotahdosta, hoitotahdon tekeminen, hoitotahdon olemassaolo ja hoitotahdon sisältö. Käsittelen seuraavassa luvussa tarkemmin opinnäytetyöni tutkimusosion tulokset pääluokkien alle muodostuneiden yläluokkien mukaisessa järjestyksessä.

6.1 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on yksi opinnäytetyöni kolmesta pääluokasta. Aineistosta, joka kerättiin kotihoidon asiakkaita haastatteleamalla, muodostui kahdeksan itsemääräämisoikeuteen liittyvää yläluokkaa. Käsittelen itsemääräämisoikeuteen liittyvät tutkimustulokset seuraavaksi kuvan 3 mukaisessa järjestyksessä.

PÄÄLUOKKA:

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS



YLÄLUOKAT:

Halu päättää omasta
asuinpaikasta

Muistin vaikutus
itsemääräämisoikeuteen

Itsemääräämisoikeuden
merkitys kotihoidon
asiakkaalle

Kokemuksia hoitajien ja
omaisten roolista
itsemääräämisoikeuden
tukijoina

Kokemuksia
vaikutusmahdollisuudesta
kotikäyntien ajankohtaan

Pelko
itsemääräämisoikeuden
menettämisestä

Kokemuksia
itsemääräämisoikeuden
toteutumisesta

Sopeutuminen
itsemääräämisoikeuden
rajoittumiseen

Kuva 3. Itsemääräämisoikeuden alle muodostuneet yläluokat

6.1.1 Halu päättää omasta asuinpaikasta

Asuinpaikasta päättäminen on kotihoidon asiakkaille merkityksellinen asia. Monissa eri yhteyksissä nousee esille kotona asumisen tärkeys ikääntyneille kotihoidon asiakkaille. Asuinpaikasta päättäminen on jokaiselle haastateltavalle tärkeä asia. Yksi haastateltava kuvaa itsemääräämisoikeuden olevan sitä, että saa määrätä asuinpaikastaan itse.

”Niin, niin justiin itsemääräämisoikeus on sitä, että saapi päättää missä asuu.”

”Arkipäiväiset asiat kuuluu potilaan ihtensä päätettäviksi. Niin, että saa edes asuinpaikastaan päättää.”

Kodin merkitystä ei voi vähätellä. Kotona asumisella on yhteys ikääntyneen psyykkiseen hyvinvointiin. Mikäli muut määräisivät asuinpaikasta, voisi tulla jopa masennusta.

”Mahollisesti tulis masennusta, jos muut määräisivät asuinpaikan. Se on minulle niin tärkeää tämä kotona olo.”

Kotona asumisen koetaan ylläpitävän kääntyneen fyysistä toimintakykyä. Sairaalaan joutumisen pelätään vaikuttavan negatiivisesti ikääntyneen liikuntakykyyn.

”Haluan päättää siitä, että minä saan olla täällä kotona. Että minun ei tarte lähteä makkaamaan tuonne sairaalan sänkyyn. Koska minä tiijän, että sillon mulla menee liikuntakyky ja kaikki muukin.”

Kotona asuminen koetaan tärkeäksi, sillä kotona jokainen saa elää mieleisellään tavalla. Kotiin voi tarvitessaan pyytää apua. Kotiavun pyytäminen ei poista ikääntyneen oikeutta määrätä omista asioistaan.

”Minä saan tassutella tässä kotona ja ihan tuota niinku minä haluan. Tämä on minulle hirveän tärkeä, että saapi elää semmosta omanlaistansa elämää.”

”Kottiin voi pyytää apua ja niinkun oon pyytänytkin. Se on hyvä asia, että saa apua kotiin ja saa olla kotona ja määrätä asioistaan itse.”

6.1.2 Muistin vaikutus itsemääräämisoikeuteen

Muistiongelmien vaikeuttavat ja estävät itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Jos ikääntyneen muisti ja kyky ymmärtää asioita ovat tallella, silloin hänellä on oltava myös oikeus päättää asioistaan itse.

”Niin minun mielestäni ainakin on, että jos muisti rupeaa pätkimään, niin toiset rupeaa päättämään puolesta.”

”Se on se muistiasia päällimmäinen, mikä estää oman tahdon toteutumisen.”

”Niin. Sitten kun muisti pettää niin muut alkaa päättää puolesta.”

”No kyllä, kyllä se on minusta niin, että niin kauan kuin kerrankin vähän pystyy, että ei ihan oo. Kyllähän se on sitä, että niin kauan kun kerran pystyy ja kerran, meillä potilailla kellä pella vielä muisti ja sanotaanko vaikka järki, niin pitäähän sillä kuitenkin olla vähän sitä itsemääräämisoikeuttakin.”

Osa haastateltavista kuitenkin hyväksyy itsemääräämisoikeuden menettämisen silloin, jos ikääntyneellä on muistiongelmia. Mikäli ikääntyneellä on ongelmia muistissaan, päätäntävalta asioissa siirretään silloin vapaaehtoisesti omaisille ja hoitajille.

”No sen tietysti, jos on tuommosia, etteivät muista eivätkä muuta, niin en minä tiijä, että oisko se sillon parempi, että hoitajat päättää. Sillon ainakin on vaarana, että hoitajat päättää. Sillonko on tällä tavalla, että muistaa ja oma mieli on niin saa itse päättää.”

”Siinäkin on taassuinsa se juttu, että jos se alkaa mennä, että ei enää oo tajua oikein enää kaikesta, niin sillon ei kannata ruveta ite määräämään. Niin kauan kuin järki pella ja muisti pelaa ja pystyy ajattelemaan vielä oikeasti, että tuota ei mee ihan sekasin. Siinä vaiheessa kun on sekasin, niin ei kannata ruveta määräämään.”

”Sitten kun muisti menee, niin omaiset ja hoitajat saapi hääritä ja määrätä.”

Muistin toimivuuden ja muiden kognitiivisten kykyjen lisäksi sisun ajatellaan edesauttavan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Eduksi itsemääräämisoikeudelle on myös se, että uskalltaa sanoa tarvittaessa eriävän mielipiteensä. Tällöin usein itsemääräämisoikeus toteutuu.

”Siitä sisusta se on kiinni, että saa määrätä itse. Ja siitä, että järki ja muistiki pella vielä.”

”Niitä muistiongelmia minulla ei vielä ole ja sitten uskallan sanoa vastaan kun tarvitaan niin saan päättää omista asioistani itse.”

6.1.3 Itsemääräämisoikeuden merkitys kotihoidon asiakkaalle

Ikääntyneelle on suuri merkitys sille, että saa määrätä omista asioistaan. Jokaisella tulisi olla oikeus käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeuden ajatellaan tarkoittavan sitä, että ikääntynyt on eri mieltä hoitajan kanssa siitä, miten häntä hoidetaan.

”No se elämä on jotenkin semmosta erilaista kun saa itse määrätä omista asioistaan. Ni se on jotenkin se on erilaista, se ei oo niinku alistettua.”

”Ite pitäs saaba määrätä omasta elämästään.”

”Minä olettasin, että se itsemääräämisoikeus tarkoittaa niin, että jos haluaa jotakin niinku toisin mitä ne muut haluaa.”

Yksinolokin voi olla ikääntyneen oma valinta. Ikääntynyt ei välttämättä ole syrjäytynyt eikä yksinäinen, vaikka hänellä ei olekaan laajaa sosiaalista verkostoa ympärillään.

”Se on iso merkitys, että saa määrätä omista asioistaan. Voe että mullon hyvä nytkein olla täällä yksinään kun järki pella ja muisti pella.”

Jos itsemääräämisoikeutta ei saisi käyttää, olisi sillä suuri vaikutus kotihoidon asiakkaan elämään. Ikääntyneiden mielestä eläminen ei olisi enää arvokasta, jos ei saisi päättää omista asioistaan. Itsemääräämisoikeuden menettäminen voisi aiheuttaa myös unettomuutta.

”Se vaikutas aika paljon minun elämään, jos ei sais määrätä itse.”

”Niin se ei kyllä nukuttas monneen yöhön (jos itsemääräämisoikeus viettäisiin).”

6.1.4 Kokemuksia hoitajien ja omaisten roolista itsemääräämisoikeuden tukijoina

Kotihoidon hoitajat kunnioittavat haastateltujen asiakkaiden mukaan heidän itsemääräämisoikeuttaan. Kotihoidon asiakkaiden kokemukset kotihoidon työntekijöistä ovat positiivisia. Hoitajat pitävät asiakkaastaan hyvää huolta. Hoitajat eivät määrää liikaa ja kunnioittavat asiakkaan ajatuksia ja mielipiteitä.

”Ei, ei ne hoitajat määrää liikaa. Ne on niin uskollisia nuo kotiapu, että kyllä ne pittää minusta hyvää huolta, voi hyvänen aika ja passaa ja palvelee minua.”

”Kotihoidosta minulla ei oo ollenkaan huonoa kokemusta. Ne kunnioittaa kaikkia minun omia ajatuksia.”

Osa haastatelluista kotihoidon asiakkaista on sitä mieltä, että on hyväksyttävää antaa hoitajien päättää tietyistä asioista. Hoitajien ajatellaan olevan asiantuntijoita hoitoon liittyvissä asioissa, jolloin päätäntävalta voidaan antaa näissä asioissa hoitajille. Ikääntyneet ymmärtävät, että kaikilla on oikeus omiin mielipiteisiin, niin hoitajilla kuin asiakkaillakin. Toisaalta ikääntynyt kokee mielihyvää saadessaan päättää asioistaan itse. Elämä on arvokasta, jos hoitajat eivät päättää asioista hoidettavan puolesta.

”Kyllähän niitä varmasti on semmosiakin asioita, että hoitajat tietää paremmin ja ne saa määrätä niistä.”

”Hoitoon liittyvät asiat, niistä hoitajat voi määrätä.”

”No on se varmaan kyllä sitäkin kyllä, että asiakkaalla on oikeus päättää itse asioistaan. Että tietysti on ja sitten, että meissä on samalla lailla asiakkaissa ja hoitohenkilökunnassakin itse kullakin omia ajatuksia.”

”On ihanaa, että hoitajat ei päättää puolesta.”

Osa ikääntyneistä on päivittäin yhteydessä lähiomaisiinsa. Omaiset huolehtivat monista käytännön asioista, kuten laskujen maksamisesta ja kaupassa käymisestä. Omaisten tuki on monelle korvaamaton. Omaisiin luotetaan sataprosenttisesti. Haastateltujen mielipide on, että omaiset eivät määrää liikaa heidän asioistaan ja muistavat aina ottaa huomioon ikääntyneen omat mielipiteet.

”No ei oo kyllä määränny liikaa, ei omaiset eikä hoitajat.”

”Kyllä minä luotan, että omaiset tietää. Ja ne kysyvät minulta, jos eivät tiedä. Ne kysyy aina minun mielipiteen.”

6.1.5 Kokemuksia vaikutusmahdollisuudesta kotikäyntien ajankohtaan

Kotihoidon asiakkaat eivät saa välttämättä päättää itse siitä, miten usein ja mihin kellonaikaan hoitajat käyvät heidän luonaan. Hoitajat määräävät, milloin he tulevat asiakaskäynnille.

”Niin siinä asiassa ei kuunnella kun ne tulloo millon heille passaa.”

Hoitaja unohtaa joskus tulla ennalta sovitulle kotikäynnille ja tämä aiheuttaa ikääntyneelle mielipahaa. Osa kotihoidon asukkaista käy säännöllisesti harrastuksissa ja ulkoilemassa. Joskus ennalta sovitut menot ovat vaarassa peruuntua, koska hoitajien käyntiajat vaihtelevat viikonpäivästä ja hoitajasta johtuvista syistä.

”Minä toivosin, että se hoitaja tulisi sieltä aina sillon kun kerran on apuja pyydetty. Täytyyhän siinäkin olla vaikka ei se niin määräämistäkään ole mutta kuitenkin pyyntöä.”

Osa asiakkaista on kuitenkin sitä mieltä, että hoitajat saavat määritellä itse, milloin asiakkaan luona käydään. Asiakkaat kuitenkin haluaisivat, että heidän toiveitaan kuunneltaisiin. Osa on jyrkästi sitä mieltä, että asiakkaan pitäisi saada määrätä itse hoitajien käyntiajoista. Jokainen asiakas maksaa omasta hoidostaan, joten heillä on oikeus vaatia rahoilleen vastinetta.

”Niin, kyllähän ainakin tuota nämä hoitokerrat saa hoitajat määrätä, vaikka esitetty on millon tulevat.”

”Että sais itse päättää, minkä verran ja milloin niitä apuja vastaanottaa.”

6.1.6 Pelko itsemääräämisoikeuden menettämisestä

Pelko itsemääräämisoikeuden menettämisestä nousee esille kotihoidon asiakkaita haastateltaessa. Itsemääräämisoikeus koetaan erittäin merkitykselliseksi, elämänlaatuun vaikuttavaksi asiaksi. Osa asiakkaista pelkää itsemääräämisoikeutensa menettämistä ja sitä kautta oman elämänlaatunsa heikkenemistä.

”Kyllä minä oikeastaan pelkään. Kyllä minulla on semmonen pelko (että ei saisi päättää enää omista asioistaan).”

Muistin koetaan olevan este itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Niin kauan kuin asiakkaalla ei ole muistiongelmia, hänen ei tarvitse pelätä itsemääräämisoikeutensa menettämistä.

”En pelkää, en oo pelänny vielä tähän asti, että en sais itte päättää. Mulla kun on aika hyvästi tuo muisti pelannu, niin oon ainakin saanu esittää sen, mitä toivon.”

”Varmastihan se on pelko, että jos muisti ei pelaa, niin toiset päättää.”

6.1.7 Kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta

Kotihoidon asiakkailla on monenlaisia kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Hoitajat ja asiakkaat voivat olla eri mieltä asiakkaan hoidon tarpeesta. Jatkohoitopaikasta tehdään päätöksiä kysymättä mielipidettä ikääntyneeltä itseltään.

”No esimerkiksi nytkin kun olin sairaalassa. Ominpäin vain olivat minulta kysymätä sinne terveyskeskukseen paikkaa ku minä oon näin vanha ja raihnainen.”

”No hän ottaa tuota täältä, minä että niitä ei oteta pois. Minä että potkasen jos et häery siitä. Usko se sitten ja meni pois ja antoi minun olla.”

”Sen jälkeen minä en enää sitä hoituria tahtonu. Toisen kerran sittenko ni meinas väkisin melkein tulla, ni minä sanoin, että minä en tarvhihte teitä. Se vastasi, että hällä on aivan erilaiset tiedot, että sinä tarttet kotona apua.”

Asiakkaat kokevat, että sisu auttaa itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Jos asiakas esittää mielipiteensä perustellusti ja määrätietoisesti, kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan, vaikka hoitajat olisivat eri mieltä asioista.

”En tiijä, mulla ei oo tullu semmosta tilaisuutta, että minä en olis saanu tahtoani läpi ku minä oon niin sisukas.”

”Minä, että minä en mee sinne kuolemata oottamaan, että minä meen kotiin. Siellä pääsee vessaankin ilman soittelemata. Ja pääsin kotiin kun kerran halusin, vaikka olin niin huonossa kunnossa.”

Hoitajilla voi olla erilainen käsitys asiakkaan voimavaroista kuin asiakkaalla itsellään. Asiakas voi ajatella, että hoitajan tehtävä on tehdä asioita hänen puolestaan. Hoitaja voi ajatella aivan päinvastoin. Asiakkaan voimavaroja tulee tukea, jotta hän pystyisi asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Asiakkaalla on kuitenkin oikeus päättää siitä, kuka häntä hoitaa ja hän voi kieltäytyä vastaanottamasta apua tietyltä hoitajalta.

”Se pani minut ihteni suihkuttamaan, vaikka olis hänen pitäny suihkuttaa. Sitä minä en enää toista kertaa huolinu tänne, eikä sitten enää laittaneet.”

Asiakkaan mielipiteet tulisi ottaa aina huomioon. Aina näin ei kuitenkaan toimita, vaan hoitaja ja päättää asioista kuulematta kotihoidon asiakkaan mielipiteitä. Asiakas voi tällöin kokea, että häntä ja hänen ajatuksiaan väheksytään. Kaikki eivät välttämättä osaa nimetä syitä sille, miksi heidän mielipiteitään ei kuunnella, eikä kunnioiteta.

”Kyllä kotihoidon asiakkaan mielipidettä pitää kunnioittaa.”

”Paperilakanasta lähtien tilas apteekista ja kaikkee ilman kysymätä, mutta ku tuli vaan ja pani kynän sauhuamaan. Joo, ei mittään kysyny kun tuli vaan.”

”Joo potilasta siinä väheksyvät joo, että minun sana ei ollu mittään.”

”Hmm. En tiijä (mitkä asiat voisivat vaikuttaa, ettei itsemääräämisoikeus enää totentuisi).”

Osa kotihoidon asiakkaista ajattelee itsemääräämisoikeutensa toteutuvan hyvin. Osa kuitenkin kyseenalaistaa sen, onko asiakkaalla ylipäätään oikeutta määrätä omista asioistaan. Erään haastatellun lausahdus ”Sehän moni haluaisi itse määrätä, miten häntä hoidetaan.” kyseenalaistaa sen, saako kotihoidon asiakas sittenkään määrätä riittävästi omista asioistaan.

”Eiköhän se melko paljon toteudu (itseäänmääräämisoikeus).”

”Minusta tuntuu, että määrääminen ei oo ajankohtanen. Voipihan sitä aina toiveita esittää, mutta määräämään ei passaa ruveta. Sillä lailla, että käviskö ja sopisko, sillä keinoin esittää asiat.”

6.1.8 Sopeutuminen itseäänmääräämisoikeuden rajoittumiseen

Kotihoidon asiakkaiden mielestä on pakko sopeutua siihen, että itseäänmääräämisoikeus ei välttämättä aina toteudu. Liikuntakyvyn menettäminen aiheuttaisi sen, että ikääntynyt olisi riippuvainen kotihoidon antamasta avusta. Tässä tilanteessa asiakkaan olisi pakko sopeutua tilanteeseen ja pyytää apua pärjätäkseen kotona.

”Kyllä se varmasti vaikuttas itseäänmääräämiseen, jos liikuntakyky menis. Pakkohan se oisi sitten pyytää toisten apua ja jäis toisten armoille.”

”Niin, sopeutuahan sitä pittää siihen, että muut päättää puolesta.”

Kotihoidon asiakkaat kunnioittavat hoitajien kokemusta ja ammattitaitoa. He kokevat, että heidän pitää sopeutua hoitajien työskentelytapoihin. Asiakkaan tavat ja tottumukset voivat kuitenkin olla erilaisia kuin hoitajilla. Aina asiakkaat eivät välttämättä halua tuoda omia mielipiteitään esille, vaan sopeutuvat hoitajien tapoihin.

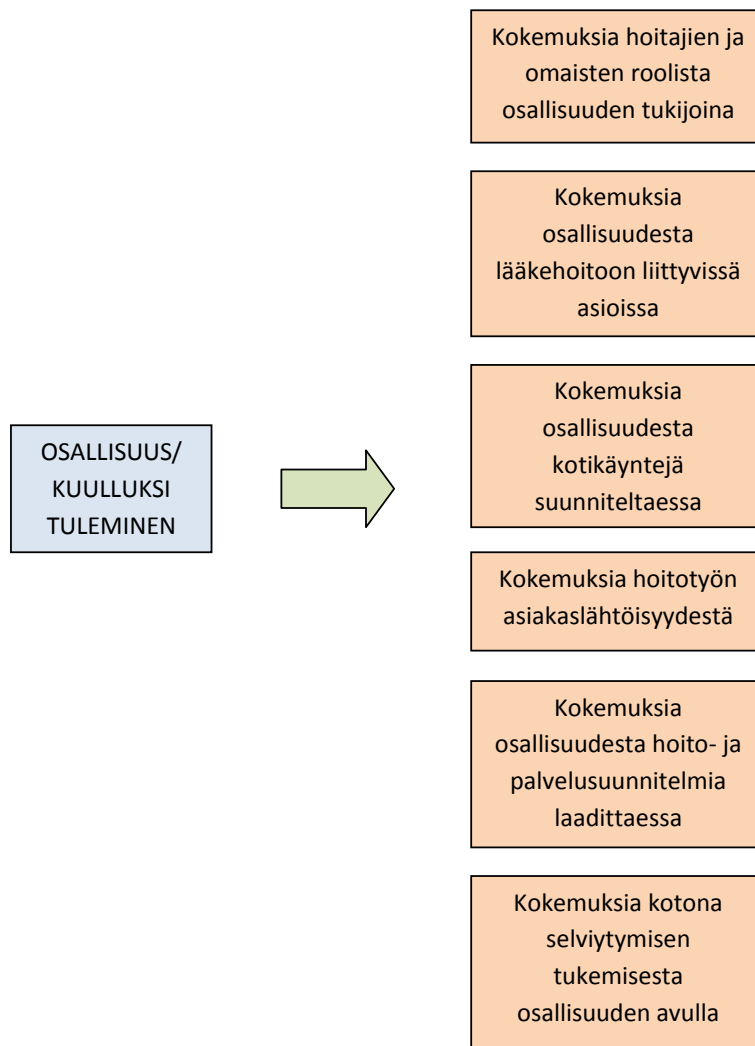
”Onhan siinä varmaan sitäkin joskus, että muut päättää. Mutta eihän se kerran, jos se hyvin pelaa, niin sillon ei paljon toimita ruveta vastaansanomaan.”

6.2 Osallisuus eli kuulluksi tuleminen

Osallisuus eli kuulluksi tuleminen on opinnäytetyöni toinen pääluokka. Tämän pääluokan alle muodostui haastattelujen perusteella kuusi yläluokkaa. Kuvassa 4 on havainnollistettu yläluokkien muodostumista. Esitän osallisuuteen/kuulluksi tulemiseen liittyvät tutkimustulokset seuraavaksi kuvan 4 mukaisessa järjestyksessä.

PÄÄLUOKKA:

YLÄLUOKAT:



Kuva 4. Osallisuuden/kuulluksi tulemisen alle muodostuneet yläluokat

6.2.1 Kokemuksia hoitajien ja omaisten roolista osallisuuden tukijoina

Kotihoidon asiakkaiden kokemukset hoitohenkilökunnasta ovat positiivisia. Hoitajat mahdollistavat asiakkaan osallisuuden kuuntelemalla asiakasta ja hänen mielipiteitään.

”Minä enkeleiksi kutunkin niitä hoitajia kun ne kuuntelee minua ja minun mielipitteitä.”

Hoitajien kiire asiakaskäynneillä koetaan osallisuutta estäväksi asiaksi. Kiireen vuoksi asiakas ei välttämättä saa aina tukea haluamallaan tavalla. Kiireestäkin huolimatta osa hoitajista muistaa kysyä asiakkaalta hänen sen hetkisestä avuntarpeestaan mahdollistaen kuulluksi tulemisen omaan hoitoon liittyvissä asioissa.

”Joku on näistäkin (hoitajista) kysynyt, että saisko sulle olla muuta. Niin erikseen kysyvät, että saako olla muuta, vaan eipä se moni kysy. Sitä kiirettä vaan hokeeivat.”

Kotihoidon asiakas tarvitsee usein ympärilleen moniammatillisesta osaamisesta koostuvan työryhmän. Kokemukset sosiaalityöntekijän toiminnasta ovat myönteisiä. Myös sosiaalityöntekijä on mahdollistanut asiakkaan osallisuuden ja hänen omat toiveensa on huomioitu.

”Niin ja ne hyväksy sen esityksen sieltä sosiaalipuolelta. Sain sen mitä halusinkin.”

Omaisten rooli asiakkaan hoitotyössä on merkittävä. Omaiset tekevät hoitoon liittyvissä asioissa päätöksiä asiakkaan puolesta joskus jopa hänen tietämättään. Kotihoidon maksuista ei kerrota asiakkaalle itselleen vaan pelkästään lähiomaiselle. Ikääntyneet joutuvat toisinaan luottamaan omaistensa kykyyn järjestää hoitoon liittyvät asiat, eivätkä saa osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

”Poika. Se se niin määräs ja teki sen päätöksen, vaikka minä olin siitä asiasta toista mieltä. En minä siihen päätökseen saanu puuttua.”

”Poika se hommasi sen. En minä oo siitä mitään tiennyt, se rupes vaan käymään. Arvaimet piti vaan teettää ja se tuli kalliiksi se.”

”Ei, ei oo kerrottu (kotihoidon käyntien maksuperusteista). Pojalle ne on vaan kertoneet. Sitä ei oo kerrottu. Piti vain luottaa, että poika hoitaa ne.”

Toisaalta kotihoidon asiakkaat haluavat ottaa omaisensa osallisiksi omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Omaisten halutaan osallistuvan myös hoitoa koskeviin palavereihin. Omaisten rooli palaverissa voi kuitenkin olla liian merkittävä, jolloin asiakas tuntee itsensä sivulliseksi omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa.

”Minusta on kuitenkin ihan kiva, että lapset ottaa osaa tähän minun hoitoon.”

”Omaiset sais varmaan olla mukana palaverissa.”

”Tuo vanhin lapsi oli täällä ja silloin tehtiin ja kututtiin se hoitaja ja keskusteltiin näistä. Että minä olin vähän niinku sivustakuuntelijana (hoitosuunnitelmaa laadittaessa).”

6.2.2 Kokemuksia osallisuudesta lääkehoitoon liittyvissä asioissa

Kokemukset lääkehoidosta ovat kahtiajakautuneet. Osa asiakkaista kokee, että heidän mielipiteitään ei kuunnella lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Sekä lääkäri, että hoitajat sivuuttavat joskus asiakkaan omat mielipiteet. Eräs asiakas kertoo, että hänen oma toiveensa unilääkkeiden saamisesta jätettiin huomioimatta.

”Tuota minä oon syyttännä kun ne jätti minun omat lääkkeet tuonne kaappiin. Siellä vanhanevat vaikka minä sanoin, että ne ensin käyttää.”

”Lääkäriltä pyysin tiettyjä unilääkkeitä kaiken varalta. Se lääkäri sano, että näillä on sivuvaikutuksia, hän kirjottaa omansa.”

”Tässä lääkehommassa on vähän ylitetty valtuuksia kun ei kuunneltu minua.”

Osa kotihoidon asiakkaista ajattelee hoitajien olevan asiantuntijoita lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Hoitajien asiantuntijuuden vuoksi asiakkaat luovuttavat vapaaehtoisesti päätäntävalan hoitajille. Asiakkaat kuitenkin kokevat saavansa osallistua lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon niin halutessaan.

”Oon minä saanu niihin itekkin vaikuttaa van ei niissä oo ollu mitään erimielisyyksiä (lääkehoito).”

”Hoitoon liittyvät asiat, niistä hoitajat voi määrätä.”

6.2.3 Kokemuksia osallisuudesta kotikäyntejä suunniteltaessa

Asiakkaat eivät pysty vaikuttamaan hoitajien käyntien ajankohtiin. Hoitajien käyntiajat määrätään yksipuolisesti palveluntuottajan puolelta. Asiakkaat kokevat vaikuttamismahdollisuutensa vähäiseksi, eikä heidän mielipidettään huomioida tässä asiassa.

”Sieltäpäin on määrätty, mihin aikaan käyvät.”

”Kyllä ne käypi, millon ite haluaat. Ite ne on aina tullu sitte kun.

”No en minä oikeestaan oo saanu olla suunnittelemassa kun niillä on ne omat määräajat millon ne käy. En minä oo puuttunu niihin ollenkaan.”

Asiakkailla riittää kuitenkin jonkin verran ymmärrystä siihen, miksi he eivät voi vaikuttaa kovinkaan paljoa hoitajien käyntiaikoihin. Kotihoidon työntekijöiden kiire ja resurssien riittämättömyys ovat hyväksyttäviä syitä sille, että hoitajien käyntiajat määritellään palvelun tuottajan puolelta. Kaikki eivät edes halua päättää omista asioistaan, vaan tyytyvät niihin palveluihin, joita heille tarjotaan.

”Sanoin, että kun kerran päivässä käyvät, se sillon riittää.”

”No en oo niihin käyntiaikoihin kyllä. Varmasti oisin saanu aika paljonkin vaikuttaa, mutta minä oon tuota aina tyytynyt siihen kun käyvät. Kellon ajoista ei oo ollutkaan koskaan pubetta.”

”Niin, käyntiajat määrättiin sieltä. Niillä on vissiin semmonen aikataulu, että katokko sitten niiden pitää joutua toiseen paikkaan ja kellä on kiireellisimmät asiat niin ensin pittää mennä hänen luokseen. Kyllähän minä sen ymmärrän.”

6.2.4 Kokemuksia hoitotyön asiakaslähtöisyydestä

Kotihoidon työnkuvaan kuuluu asiakkaan auttaminen päivittäisissä toimissa hänen kodissaan. Haastatelluilla on positiivinen näkemys kuulluksi tulemisesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Sekä asiakkaan omat, että omaisten toiveet ja mielipiteet huomioidaan asiakkaan kotona tapahtuvassa hoitotyössä.

”Kyllä asiakkaan ja omaisten toiveet otetaan huomioon hoidossa.”

Asiakkaat kokevat tulleen kuulluksi omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Kuulluksi tuleminen on kuitenkin vain yksi osallisuuden ilmentymä. Kuulluksi tuleminen on viety käytännön tasolle. Ikääntyneiden osallisuus ja toimijuus on mahdollistettu. Kotihoidon asiakkaat kokevat, että he ovat osallisia ja aktiivisia toimijoita omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Hoitajat tukevat asiakkaan voimavaroja ja mahdollistavat hänen osallisuutensa.

”Oon saanu. Minä oon saanu kyllä vaikuttaa ja osallistua omaan hoitooni.”

Asiakaslähtöisyys on yksi laadukkaan hoitotyön lähtökohdista. Kotihoidon asiakkaille on merkityksellistä, että heidän hoitonsa on asiakaslähtöistä. Eräs haastatelluista kuvaa asiakaslähtöisyyden tärkeyttä seuraavasti:

”Kyllä niin tehdään. Se on minulle ihan EHOTON ykkönen siinä asiassa, että minun tarpeisiin perustuen toimitaan.”

6.2.5 Kokemuksia osallisuudesta hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa

Kotihoidon asiakkaiden kokemukset käytännön hoitotyön asiakaslähtöisyydestä ovat positiivisia. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyvät kokemukset ovat sen sijaan negatiivisempia. Hoitosuunnitelmaa tehdessä kotihoidon asiakkaille ei aina esitellä erilaisia kotihoidon tarjoamia palveluita tai tukipalveluita. Toisaalta osa asiakkaista kokee tämän hetkiset palvelunsa riittäviksi.

”Ei, ei oo kerrottu mulle mitään (kotihoidon palveluista ja tukipalveluista). Ei oo kerrottu, enkä minä ees halua enempää kun kerta tai kaks.”

Voimavarojen koetaan vaikuttavan siihen, saako asiakas osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Eräs asiakkaista kokee, että hänellä ei ole mahdollisuutta tai toisaalta halukaan vaikuttaa hoitosuunnitelmaansa, koska hänellä on vielä voimavaroja selviytyä arjen askareista. Nykyiseen palvelutarjontaan ollaan kuitenkin tyytyväisiä.

”No en tiijä kun minä tässä oon ite kuitenkin pystynyt vielä tekemään jotakin niin siinä mielessä en oo pystynyt tai ruvennu vaikuttamaan niihin asioihin. Minä oon kuitenkin ollu ihan tyytyväinen siihen, mitä palveluja oon sieltä saanu (kotihoidosta).”

Hoito- ja palvelusuunnitelmia toivottaisiin päivitettävän tietyin väliajoin. Haastateltujen mielestä kotihoidon asiakkaat pitäisi ottaa osalliseksi omaa hoitoaan suunniteltaessa. Muistihäiriöiden ajatellaan olevan esteenä osallisuudelle hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvissä asioissa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat tulee päivittää tietyin väliajoin yhteistyössä asiakkaan kanssa. Osa haastatelluista kokee kuitenkin palaverit hoitohenkilökunnan kanssa tarpeettomiksi. He ovat tyytyväisiä saadessaan päättää edes hoitajien käyntiajoista.

”No kyllähän se ei varmasti pahitteeksi oo, että aika ajoin käytäs varsinni semmosia haastattelemassa, jotka vielä muistaa jotakin ja pystyvät sanomaan asioista, että ei oo ihan sekalaista. Pitäshän ne ottaa osaksi omaa hoitoaan. Jos muisti on menny niin sitten sen ei oo väliä”

”Minä en niistä palavereista, kato minä oon huono menemään niihin ja mihinkään kerhoihin ja ryhmiin. Minusta riittää se, että ne hoitajat käy ja tarvittaessa pystyy niitä hoitoaikoja muuttamaan.”

Aina asiakkaan osallisuus ei toteudu toivotulla tavalla. Hoitajat ja omaiset voivat päättää asiakkaan hoidosta hänen mielipidettään kuuntelematta. Huonoin kokemus osallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta on, että asiakas kokee olleensa sivullinen hoitoneuvottelussa, jossa laadittiin häntä koskeva hoito- ja palvelusuunnitelma.

”Että minä olin vähän niinku sivustakuuntelijana (hoitosuunnitelmaa laadittaessa).”

6.2.6 Kokemuksia kotona selviytymisen tukemisesta osallisuuden avulla

Hoitajat kannustavat asiakasta osallistumaan hoitotoimenpiteisiin. Omatoimisuuteen kannustaminen koetaan voimavarojen tukemiseksi. Asiakkaan osallisuutta ja voimavaroja tukemalla hoitajat auttavat heitä selviytymään kotona mahdollisimman itsenäisesti, mahdollisimman pitkään.

”Ihan mukavia ne hoitajat ku ne aina sanoo, että haluatko ite koittaa ja ottavat mukaan hommaan. Minä koen sen ihan tukemiseksi, että minä selviäisin itse, jos tulee semmonen tilanne. Kannustavat minua selviämään itsenäisesti kotona.”

Hoitajien avulla asiakkaan kotona oleminen mahdollistuu. Hoitajien apu koetaan korvaamattoman tärkeäksi ja kotiavusta ollaan kiitollisia.

”Ne on sydäimestään hoitajia semmoset ihmiset kun ne auttaa minua kotona asumaan. Kerta kaikkiaan se on kyllä niin. Ne on kyllä sattunu mulle hyvät hoiturit, minä taivaanissä kiitän siitä.”

Keskustelutuokio hoitajien kanssa piristää asiakkaita. Perushoito on kuitenkin prioriteeteissa ykkösasia, mutta pienikin keskusteluhetki hoitajan kanssa saa asiakkaan tuntemaan itsensä tarpeelliseksi.

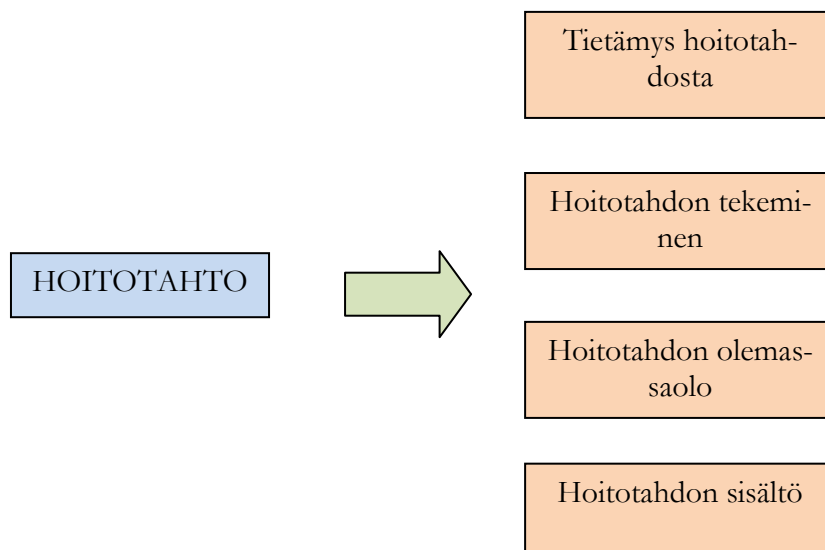
”Kun on tällainen puhelias ihminen niin ois mukava jäähä aina suustaan kiinni. Se hirveästi piristää tuo jutteluhetki. Sillä pienelläkin hetkellä on hirveän suuri merkitys, kokis olevansa tarpeellinen vielä kun sais edes keskustella. Se pienikin keskustelu auttaa täällä kotona, mutta nykyään on tuo perushoito tärkein.”

6.3 Hoitotahto

Hoitotahto on kolmas opinnäytetyöni pääluokista. Hoitotahdon alle muodostin neljä yläluokkaa. Hoitotahdon tietämys on haastatelluilla kotihoidon asiakkailla hyvin niukkaa, joten tämä osio jäi merkitykseltään vähäisimmäksi. Esitän hoitotahtoon liittyvät tulokset seuraavaksi kuvan 5. mukaisesti.

PÄÄLUOKKA:

YLÄLUOKAT:



Kuva 5. Hoitotahdon alle muodostuneet yläluokat

6.3.1 Tietämys hoitotahdosta

Kaikille kolmelle haastateltavalle esitettiin kysymys, jossa heidän käskettiin kertoa omin sanoin, mitä hoitotahto tarkoittaa. Tietämys hoitotahdosta on lähes olematonta. Kaksi kolmesta haastateltavasta ei ole kuullut hoitotahto-käsitettä koskaan aikaisemmin.

”En osaa kertoa, mitä se hoitotahto tarkoittaa.”

”Ei, ei harmainta aavistustakaan, mikä on hoitotahto.”

”Minä en kyllä oikeastaan osaa sanoa tuohon mitään, että mitä se hoitotahto on.”

Haastateltaville selvennettiin asiaa kysymällä, onko hoitotahdon vanhempi ilmaisu, hoitotestamentti heille tuttu. Haastateltavat ovat kuulleet hoitotestamentista, mutta eivät osaa mieltää sitä samaksi asiaksi kuin hoitotahto.

”Ai jaa, niinkö se on. (hoitotahto ja hoitotestamentti tarkoittavat samaa asiaa).”

Hoitotahdon epäillään virheellisesti tarkoittavan samaa asiaa kuin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Hoitotahdon ajatellaan tarkoittavan kotihoidon kanssa tehtyä sopimusta, jossa on sovittu hoitajan käyntiajoista.

”Hoitotahto. Minä vain ajattelen sillä lailla sen hoitotahdon, että sopimus on tehty ja siinä on paperilla, että millon käyvään ja en minä sitten ymmärrä, että tarkoittaako se muutakin.”

Vain yksi haastateltavista osasi kertoa hoitotahdosta. Tosin tämäkin haastateltava nimitti hoitotahtoa välillä hoitotestamentiksi. Hoitotestamentin tiedetään olevan keino, jonka avulla ihminen voi ilmaista oman tahtonsa sairastuessaan vakavasti.

”Hoitotestamentti on tuttu. Se on sitä, jos joku määrää sen, miten häntä hoidetaan, jos tulee huonous.”

6.3.2 Hoitotahdon tekeminen

Haastateltavat eivät tiedä, miten hoitotahto tehdään. Kaikki eivät edes halua lisätietoa hoitotahdon tekemisestä.

”En tiijä, ENKÄ EES välitä tietää. (miten hoitotahto tehdään)”

Hoitotahdon tekeminen ei ollut noussut esille kotihoidon asiakkuuden aikana. Hoitotahdosta informoinnin koetaan kuuluvan hoitajan velvollisuuksiin. Näin ei kuitenkaan ollut toimittu.

”En minä tiijä, ei oo sen kummempaa pubetta ollu siitä (miten hoitotahto tehdään). Eikö ne hoitajat siitä ois velvollisia kertomaan?”

Hoitotahdon tekemisen koetaan olevan liian väsyttävää ja jopa yhdentekevää. Eräs haastateltavista kokee olevansa jo niin vanha ja väsynyt, ettei jaksakaan toimittaa kaikkia asioitaan.

”Katokko sitä on jo niin vanha, että se alkaa jo väsyä kaikkeen, niin ei niitä jaksakaan niitä papereita (hoitotahtoa) kirjoitella, eikä kaikkea toimittaa.”

6.3.3 Hoitotahdon olemassaolo

Haastateltavilta kysyttiin, ovatko he tehneet suullista tai kirjallista hoitotahtoa. Koska yksikään haastateltavista ei tunnistanut hoitotahtoa käsitteenä, ymmärrettävästi kenelläkään haastateltavista ei ole omasta mielestään suullista eikä kirjallista hoitotahtoa.

”En ole tehnyt. (kirjallista eikä suullista hoitotahtoa).”

”Niitä semmosia (hoitotahto) en oo minä tehnyt.”

”Ei ole minulla, ei (hoitotahtoa).”

Yhden haastateltava kertoo toivovansa, ettei hänen tarvitsisi tehdä hoitotahtoa. Haastateltavan sanoista kuvastuu, että hoitotahdon tekeminen koetaan elämän loppuvaiheeseen liittyväksi.

”No en oo sitä ajatellu vielä vaan oon toivonu vaan, ettei tulis semmosta tilannetta, että pitäis tehdä (hoitotahto).”

Haastateltavat eivät luota täysin siihen, että mahdollista hoitotahtoa noudatettaisiin. Kaikki haastateltavat nostivat esille luottamuksen suhteessa hoitajien toimintaan. Kukaan ei kyseenalaistanut luottamustaan siihen, noudattaisivatko heidän omaisensa hoitotahtoa.

”En tiijä, en tiijä kyllä, pystyykö luottamaan siihen, että hoitajat noudattais hoitotahtoa.”

”No enpä ossaa sanoa. Tuohon en kyllä osaa sanoa, että noudattaisivatko hoitajat hoitotahtoa.”

6.3.4 Hoitotahdon sisältö

Hoitotahtoon kirjattavista asioista keskusteltaessa selvisi, että osa haastateltavista on ilmaissut tahtonsa suullisesti sairaalajakson aikana. Tätä ei kuitenkaan osata yhdistää hoitotahtoon. Eräs haastateltavista kertoo kahden eri sairaalajakson aikana kieltäneensä ohitusleikkauksen ja pallolaajennuksen. Hän kertoi myös sanoneensa, että ei halua hengityskonehoitoa. Itse haastateltava ei kuitenkaan tiennyt, oliko tietoa kirjattu potilaspapereihin. Asiakas oli ilmaissut mielipiteensä myös lähiomaiselleen.

”Sen verran minä oon sanonu pojallekkin, että minua ei tarte leikata. Ei obitusleikkauksia eikä pallolaajennuksia. Eikä niissä letkuissa pitää.”

”Vaan sanoin sille lääkärille ku se kysy sillon kun minä selvisin siitä ensimmäisestä infarktista, että leikellä ei enää tarvhihte.”

Hoitotahdon tekeminen koetaan pääsääntöisesti myönteiseksi asiaksi. Hoitotahdon ymmärretään sisältävän arkipäiväisiä asioita siitä, miten haluaisi itseään hoidettavan. Eräs haastateltava olisi kirjauttanut hoitotahtoonsa mieliruokiinsa liittyviä asioita. Haastateltava kokee tärkeäksi, että hänelle tarjotaan päivittäin puuroaamiainen.

”Osa varmasti on, etteivät tykkää puurosta ja voihan sen silloin kirjata paperiin. Minulle se puuro kyllä maistuu päivittäin.”

”Eihän se pabasta oo tietysti, että kirjaisi ylös asioita, miten haluaisi itseään hoidettavan.”

Hoitotahto yhdistetään kuitenkin myös vakaviin sairauksiin ja elämän loppuvaiheeseen. Toistuvasti tuotiin esille asioita, jotka liittyivät leikkauksiin. Jonkin mielestä tietoihin voisi kirjata,

ettei hän vastusta tehohoitoa. Toinen haastateltava taas ei missään nimessä haluaisi leikkauksia, eikä tehohoitoja silloin, jos toipuminen on epävarmaa.

”En minä sitä kieltäisi, että koneessakin pitäisivät. Sen voisi kirjata.”

”En tiijä, mitä siihen hoitotahtoon pitäis panna. Pitäskö panna, että en halua nuita leikkauksia, enkä niitä letkuja ja koneita, jos kerran aivot on kuollu ja muuta.”

Lausahdus *”Sehän moni haluaisi itse määrätä, miten hoidetaan.”* tuo esille ajatuksen siitä, että hoitotahdon ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen ei kuitenkaan täysin uskota.

7 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Kokemuksia itsemääräämisoikeudesta

Itsemääräämisoikeus oli yksi opinnäytetyöni kolmesta pääluokasta osallisuuden ja hoitotahdon lisäksi. Haastattelujen perusteella nostin tarkempaan käsittelyyn kahdeksan itsemääräämisoikeuden alle muodostunutta yläluokkaa. Osittain aineisto limittyy toistensa kanssa, sillä osallisuus ja itsemääräämisoikeus sivuavat toisiaan. Samoin hoitotahto liittyy olennaisesti itsemääräämisoikeuteen. Haluan kuitenkin korostaa jokaisen osa-alueen merkitystä esittämällä tutkimustulokset ja johtopäätökset erillisinä osioina pääluokkien mukaisesti jaotellen.

Opinnäytetyöni tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat kokevat merkitykselliseksi mahdollisuuden päättää omasta asuinpaikastaan. Ikääntyneet kokevat, että kotona asuminen edesauttaa toimintakyvyn ja voimavarojen säilymistä. Sairaalaympäristön ajatellaan passivoivan ja heikentävän liikuntakykyä. Kotiin saa nykyään monenlaisia palveluita, joiden avulla ikääntyneet kotihoidon asiakkaat selviytyvät arjen toimista. Suomessa meneillään oleva palvelurakenneuudistus tähtää siihen, että jatkossa yhä useampi ikääntynyt asuisi kotona. Laitoshoidon osuutta palveluiden tuottajana pyritään samalla vähentämään. (Vanhuspalvelulaki 14 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 24.) Tässä asiassa ikääntyneiden tahto ja yhteiskunnan tavoite kohtaavat. Ikääntyneet haluavat jatkossakin asua kotona ja yhteiskunta pyrkii mahdollistamaan ikääntyneiden kotona asumisen palvelurakenneuudistuksen, lakien ja suositusten avulla.

Kotihoidon asiakkaiden mielestä asiakkaalla on oltava oikeus päättää omista asioistaan. Muistiongelmien ajatellaan vaikeuttavan ja jopa estävän itsemääräämisoikeuden toteutumista. Toisaalta itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ymmärretään välttämättömäksi toimenpiteeksi silloin, jos henkilöllä on etenevä muistisairaus. Muistisairaiden määrä yhteiskunnassamme on kasvussa väestön ikääntymisen myötä. Kansallisessa muistiohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 8-11) korostetaan, että myös muistisairailla ja heidän läheisillään on oikeus laadukkaaseen elämään ja osallisuuteen. Myös muistisairaalla tulee olla oikeus käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Koulutusten avulla pyritään varmistamaan, että ikääntyneiden parissa työskentelevillä on riittävästi tietoa muistisairauksista. Asiantunteva hoitaja osaa työskentelemissään ottaa huomioon muistisairaana ja hänen läheistensä perusoikeudet ja turvata itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Opinnäytetyöni tulosten perusteella ikääntyneet kotihoidon

asiakkaat pelkäävät muistisairauden myötä menettävänsä oman elämänsä hallinnan. Ehkä tällä hetkellä muistisairauksista ei vielä tiedetä tai puhuta riittävästi. Gerontologisen hoitotyön osaajia tarvitaan viemään ajantasaista tietoa niin työyksiköihin kuin asiakkaille ja heidän omaisilleen.

Itsemääräämisoikeus on useiden aiempien tutkimusten mukaan koettu hyvin merkitykselliseksi asiaksi. Naukkarisen (2008, 129) tutkimuksen mukaan sekä potilaat, että hoitajat kokivat itsemääräämisen tärkeäksi. Itsemääräämisoikeudella on kiistaton yhteys myös elämänlaatuun (Räsänen 2011, 178). Oman opinnäytetyöni tulokset ovat yhteneviä aikaisempien tutkimusten kanssa. Kotihoidon asiakkaille on suuri merkitys sillä, että he saavat päättää itse omista asioistaan. Ikääntyneet ajattelevat, että elämä olisi alistettua silloin, jos ei saisi enää käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeuden menettäminen voisi aiheuttaa masennusta ja unettomuutta. Eräs haastateltavista korosti, että myös yksinolo voi olla ikääntyneen oma valinta. Kaikki eivät kaipaa sosiaalista verkostoa ympärilleen. Hoitajien on ymmärrettävä, että ikääntyneellä on oikeus päättää myös sosiaalisten kontaktiensa määrästä ja olla yksin niin halutessaan.

Hoitohenkilökunnan ja omaisten arvot ja asenteet voivat vaikuttaa kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat eivät kuitenkaan estä toiminnallaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Asiakkaiden mielipiteitä kuunnellaan ja kunnioitetaan riittävästi. Myös omaisiin luotetaan lähes 100-prosenttisesti. Omaiset tietävät ja tuntevat ikääntyneen omaisensa tavat ja tarpeet ja ottavat hänen mielipiteensä huomioon. Löfmanin (2000, 32–33) mukaan itsemääräämisoikeutta ja sen kunnioittamista ei voi kuitenkaan tarkastella pelkästään potilaan näkökulmasta. Potilaan toiveiden vastaisesti toimiminen voi aiheuttaa eettisen ristiriitatilanteen myös hoitajalle. Joskus turvallisuussyihin vedoten ikääntyneen itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan. Hoitaja voi joutua toimimaan omien eettisten arvojensa vastaisesti estäessään potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen.

Kotihoidon asiakkaat eivät saa aina itse päättää siitä, milloin hoitaja tulee kotikäynnille. Käyntien ajankohdat määrätään yksipuolisesti palveluntuottajan puolelta. Joskus hoitaja voi unohtaa kokonaan ennalta sovitun asiakaskäynnin. Myös Keipilän (2008, 40) pro gradu-tutkielman mukaan kotihoidon asiakkaat olivat tyytymättömiä siihen, että hoitajat eivät tule sovitusti aikoina. Opinnäytetyöni tuloksista ilmenee, että osa asiakkaista ajattelee hoitajien saavan määrätä asiakaskäyntien ajankohdan.

Osa kotihoidon asiakkaista kertoo pelkäävänsä itsemääräämisoikeuden menettämistä. Erityisesti muistiongelmien ajatellaan vaikeuttavan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Toisaalta osa asiakkaista uskoo itsemääräämisoikeutensa toteutuvan myös jatkossa. Haastatteluissa tuli esille voimakkaasti ajatus siitä, että ikääntyneen on pakko sopeutua siihen, ettei itsemääräämisoikeus välttämättä toteudu. Liikuntakyvyn menettämisen ja sairauksien ajatellaan pakottavan ikääntyneen sopeutumaan siihen, ettei hänellä ole enää välttämättä mahdollisuutta tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Sopeutumista ei kuitenkaan koeta pelkästään negatiiviseksi asiaksi. Hoitajien mielipide ja toimintatavat saattavat olla hyvinkin erilaisia kuin kotihoidon asiakkaalla. Eräs haastatelluista ajattelee hoitajien voivan tuoda uusia näkökulmia ja toimintatapoja arkielämän toimintoihin. Kaikki kotihoidon asiakkaat eivät halua pitää tiukasti kiinni omista mielipiteistään ja toimintatavoistaan, vaan suhtautuvat avoimesti hoitajien esille tuomiin uusiin käytänteisiin.

Itsemääräämisoikeus ei aina toteudu kotihoidon asiakkaiden mielestä. Haastateltujen kotihoidon asiakkaiden kokemusten mukaan hoitajien ja asiakkaiden erilaiset näkemykset hoidon tarpeesta voivat aiheuttaa ristiriitatilanteita. Hoitotyössä tulee tukea asiakkaan omia voimavaroja. Hoitaja voi kuitenkin arvioida asiakkaan voimavarat eri tavoin kuin asiakas itse. Tällöin asiakas voi kokea hoitajan voimavaralähtöisen työskentelytavan hänen itsemääräämisoikeuttaan rajoittavaksi tekijäksi. Järnström (2011, 110) on saanut väitöstutkimuksessaan samankaltaisia tuloksia. Vanhusten ja hoitajien käsitykset kuntoutuksesta olivat eriäviä. Hoitajien mielestä arjen toiminnoissa avustaminen oli yhtälailla kuntouttavaa toimintaa kuin fysioterapia ja kuntosaliharjoittelu. Vanhusasiakkaat ja heidän omaisensa sen sijaan ajattelivat, että ikääntyneen tukemista hänen päivittäisissä toiminnoissaan ei voida kutsua kuntoutukseksi.

Haastattelemani kotihoidon asiakkaat kokevat joskus arvostuksen puutetta ja heidän mielipiteitään väheksytään. Haastatellut eivät osaa nimetä erityisiä syitä sille, miksi asiakkaan mielipiteitä ei aina kuunnella, eikä kunnioiteta. Kotihoidon asiakkaat kuitenkin toivovat, että heitä kuunneltaisiin ja heidän toiveensa omaa hoitoa koskevissa asioissa huomioitaisiin. Osa haastatelluista kuitenkin kertoo itsemääräämisoikeuden toteutuvan pääsääntöisesti hyvin. Heidän mielipiteitään kuunnellaan ja heitä kohdellaan kunnioittavasti. Kaikista asioista ei välttämättä halutakaan määrätä itse, vaan esimerkiksi lääkehoitoon liittyvät asiat jätetään hoitajien päätettäväksi. Järnström (2011, 116) kuvasi väitöstutkimuksessaan samankaltaisia näkemyksiä. Ikääntyneet antoivat sairaalassa ollessaan päätäntävällän kotiutumisensa ajankohdasta lääkärille, vaikka itse olisivatkin olleet asiasta eri mieltä.

7.2 Kokemuksia osallisuudesta omaan hoitoon liittyvissä asioissa

Haastattelujen perusteella hoitajat ja omaiset mahdollistavat asiakkaan osallisuuden käytännön hoitotyössä. Hoitajat kuuntelevat asiakkaan mielipiteitä, mutta kiire estää jonkin verran osallisuuden toteutumista. Omaiset ovat merkittävässä roolissa asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa. Omaiset tekevät jonkin verran päätöksiä asiakkaan puolesta. Asiakkaat kuitenkin luottavat omaisiinsa täydellisesti ja haluavat ottaa heidät osallisiksi omaa hoitoaan koskevaa päätöksentekoa. Joskus asiakkaat kokevat tulleen sivuutetuiksi omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa omaisten liian vahvan osallistumisen vuoksi. Järnström (2011, 102) nosti väitöskirjassaan esille, että myös omaisten mielipiteitä tulee kuulla. Ikääntyneen toiveet ja mielipiteet tulee kuitenkin asettaa omaisten näkemysten edelle. Opinnäytetyöni tuloksista ilmenee, että ikääntyneet haluavat antaa omaisilleen mahdollisuuden osallistua aktiivisesti heidän hoitoonsa. Välillä omaisten rooli hoitopalaverissa on merkittävä ja päätöksiä tehdään jopa kuulematta ikääntyneen omia mielipiteitä. Onneksi ikääntyneet kokevat osallisuutensa mahdollistuvan arjen hoitotyössä, jolloin he voivat olla osallisia ja aktiivisia toimijoita omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa.

Lääkehoitoon liittyvissä asioissa ikääntyneiden mielipiteet ovat kahtia jakautuneet. Toiset asiakkaista kokevat tulleen syrjäytetyiksi lääkehoitoon liittyvissä asioissa, eikä heidän mielipiteitään kuunnella. Lääkäri ja hoitajat tekevät päätöksiä joskus vastoin asiakkaan tahtoa. Toiset haastatelluista kokevat saavansa vaikuttaa riittävästi omaan lääkehoitoonsa. Hoitajien ajatellaan olevan ammattilaisia lääkeshoidossa, joten päätöksenteko tässä asiassa annetaan vapaaehtoisesti hoitajille. Ikääntyneen lääkehoito onkin usein haasteellista monien perussairauksien vuoksi ja hoitajilta vaaditaan monipuolista lääkeshoidon osaamista. Pietikäisen (2005, 74–76) mukaan hoitajan ammattitaito vaikutti ikääntyneen lääkehoitoon usealla eri tavalla. Lääkeshoidossa oli huomioitava asiakkaan muistiongelmia ja fyysiset sairaudet. Asiakkaan voimavarat tulisi huomioida, mutta aina niitä ei oteta riittävän hyvin huomioon. Lääkeshoidon ohjauksessa tulisi ottaa huomioon omaisten, asiakkaan ja hoitajien näkökulmat ja mielipiteet.

Kotihoidon asiakkaiden mielestä asiakaslähtöisyys toteutuu käytännön hoitotyössä. He kokevat tulleen kuulluksi omaan hoitoonsa liittyvissä arjen asioissa. Hoitajat ja omaiset mahdollistavat asiakkaan aktiivisen osallisuuden ja toimijuuden. Voimavaroja tukemalla pyritään säilyttämään asiakkaan toimintakyky niin, että hän pärjäisi jatkossakin omassa kodissaan. Negatiivisia kokemuksia kotihoidon asiakkailla on lähinnä hoito- ja palvelusuunnitelmien

laatimisesta ja hoitajien käyntiaikojen toteutumisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa heidän mielipiteitään ei huomioida riittävästi. Omaiset ja hoitajat päättävät hoidon toteutumisesta asiakkaan puolesta. Hoitajien käyntiaikoihin ei asiakkailla ole omasta mielestään mahdollisuutta vaikuttaa. Asiakkaiden kokemus on se, että hoitajat ja heidän edustamansa organisaatio määräävät hoitajien käyntiajankohdat yksipuolisesti. Käytännön työssä kuitenkin asiakkaat kokevat tulleen kuulluksi ja ovat aktiivisia toimijoita. Hoitajat tukevat asiakkaan voimavaroja. Fyysisten voimavarojen lisäksi myös psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja tuetaan ja hyödynnetään. Keskustelutuokio hoitajan kanssa tuo asiakkaalle hyvää mieltä. Eräs asiakas kuvaa tuntevansa itsensä tarpeelliseksi silloin, kun saa edes pienen hetken keskustella hoitajan kanssa. Pahlmanin (2003, 141) mukaan osallisuus voidaan jakaa kolmeen osaluueeseen eli emotionaaliseen, älylliseen ja sosiaaliseen osallisuuteen. Opinnäytetyön tulosten perusteella osallisuuden kaikki tasot toteutuvat kotihoidossa. Ikääntyneet kokevat tulleen kuulluksi hoitoonsa liittyvissä asioissa ja heitä kohdellaan tasavertaisina yhteiskunnan jäseninä. Lisäksi ikääntyneiden aktiivinen toimijuus voimavaroja tukien mahdollistuu.

7.3 Tietämys hoitotahdosta

Kotihoidon asiakkaiden tietämys hoitotahdosta on opinnäytetyön tulosten perusteella vähäistä. Hoitotahto- nimitystä ei tunnistanut kukaan haastatelluista kotihoidon asiakkaista. Sen sijaan kaikki haastateltavat olivat tietoisia hoitotestamentti-käsitteestä. Hoitotahdosta informoinnin koettiin olevan hoitohenkilökunnan velvollisuus. Immosen väitöstudkimuksen (2005,43) mukaan hoitajien tiedot hoitotahdosta olivat tyydyttävää tasoa. Tästä voidaan päätellä, että jos hoitajat eivät tunne hoitotahtoa ja siihen liittyvää lakitaustaa, ei tieto välttämättä siirry hoitajilta asiakkaille.

Kenelläkään haastatelluista ei oman kertomansa mukaan ole hoitotahtoa. Myöhemmissä keskusteluissa tuli kuitenkin ilmi, että eräs haastateltava oli sairaalajakson aikana kieltänyt suullisesti ohitusleikkauksen ja pallolaajennuksen tekemisen. Tätä ei kuitenkaan mielletty hoitotahdoksi. Haastateltava ei ollut varma, oliko hänen tahtonsa kirjattu potilasasiakirjoihin. Muistiliiton ja Novartis Finland Oy:n 2012 (Muistiliitto Ry. 2012b) tekemän tutkimuksen perusteella 80 prosentilla muistisairaista ei ollut hoitotahtoa. Muistisairas ja hänen läheisensä olivat kuitenkin keskustelleet hoitotahdosta. Vaikka opinnäytetyötä varten haastateltuja

asiakkaita oli vain kolme ($n=3$), tulokset olivat kuitenkin yhteneväisiä Muistiliiton tutkimuksen kanssa. Omaan hoitoon liittyvistä asioista on keskusteltu, mutta kirjallista hoitotahtoa ei ole kukaan haastatelluista.

Opinnäytetyöni tulosten perusteella ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden tieto hoitotahdosta on vähäistä. Muistiliitto tekee jatkuvasti työtä tehdäkseen hoitotahdon tunnetummaksi yhteiskunnassamme. Hoitotahto auttaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista (Pahlman 2007, 272) ja helpottaa hoitohenkilökuntaa hoitopäätösten tekemisessä (Laakkonen ym. 2006, 2183). Hoitotahdosta voidaan katsoa olevan myös kansantaloudellista etua. Potilaalle ei turhaan tehdä kalliita tutkimuksia ja hoitoja, jos hän on niistä itse hoitotahdossaan kieltäytynyt (Louhiala 2003, 4385.)

Hoitotahdon tunnettavuutta kotihoidon asiakkaiden keskuudessa voidaan lisätä kouluttamalla hoitajia. Jos hoitajat tietävät hoitotahdon hyödyistä sekä asiakkaan, että hoitohenkilökunnan kannalta, voivat he opastaa asiakkaita ja omaisia hoitotahdon tekemisessä. Hoitotahto varmistaisi kotihoidon asiakkaan itsemääräämistoteutumisen tilanteessa, jolloin henkilö ei pystyisi enää ilmaisemaan tahtoaan ääneen. Hoitotahto auttaisi myös hoitajia, sillä hoitotahdosta ilmenee, miten asiakas haluaisi itseään hoidettavan. Eettiset ohjeistukset ja useat lait velvoittavat kunnioittamaan ihmisen itsemääräämisoikeutta. Jokainen hoitaja tekee kuitenkin henkilökohtaisen päätöksen siitä, noudattaako ikääntyneen asiakkaan hoitotahtoa vai toimii-ko vastoin lakeja, ohjeistuksia ja eettisiä arvoja sivuuttaen itsemääräämisoikeuden.

7.4 Kehittämiskohteet

Itsemääräämisoikeus on opinnäytetyön tulosten perusteella merkityksellinen asia kotihoidon asiakkaille. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen vaikuttaa asiakkaan kokemukseen hoidon laadusta. Tästä syystä kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen tulee mahdollistaa. Hoitajien tulee käytännön hoitotyössä huomioida ikääntyneen omat mielipiteet ja kunnioittaa heidän tapojaan ja tottumuksiaan käytettävissä olevat taloudelliset resurssit huomioiden. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa sitä, että hoito- ja palvelusuunnitelmien sekä voimavarakartoitusten laatimiseen tulee kiinnittää jatkossa entistä enemmän huomiota. Asiakkaan omat tavat ja tottumukset tulee olla näkyvillä jokaisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, jolloin jokainen hoitaja tietää, miten juuri tämä asiakas haluaa itseään hoidettavan. Mikäli asiakkaalla on pitkälle edennyt muistisairaus tai jokin muu kommunikaatioon vaikuttava

sairaus, tulee hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä voimavarakartoitukset laatia yhteistyössä asiakkaan läheisten ja omaisten kanssa. Lisäksi omahoitajajärjestelmää edelleen kehittämällä voidaan varmistaa laadukkaan hoitotyön toteutuminen. Omahoitajan tulee olla oman asiakkaansa asioihin hyvin perehtynyt. Työnjaolla tulee mahdollistaa se, että omahoitajalla on aikaa perehtyä kunnolla oman asiakkaansa asioihin. Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisen ja päivittämisen tulee tapahtua aina yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.

Osallisuus omaan hoitoon liittyviin asioihin tuottaa kotihoidon asiakkaalle mielihyvää. Omaan itseään koskevaan päätöksentekoon ja arjen askareisiin osallistuminen ovat tärkeää kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Voimavarojen tukeminen auttaa ikääntyntä kotihoidon asiakasta selviytymään kotiympäristössään mahdollisimman pitkään. Opinnäytetyön tulosten perusteella ikääntyneen osallisuus ei kuitenkaan toteudu kaikissa tilanteissa. Hoitajien kiire estää osallisuuden toteutumista ja hoito- ja palvelusuunnitelmat laaditaan joskus ottamatta ikääntyneen mielipiteitä huomioon. Edelleen siis hoito- ja palvelusuunnitelmien ja muiden hoitoon liittyvien arviointien tekemiseen tulee kiinnittää huomiota. Ikääntyneen tulee saada osallistua hoitotoimiin omien voimavarojensa mukaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelmat tulee tehdä ikääntyneen läsnä ollessa, hänen mielipiteensä huomioiden. Ikääntyneet haluavat omaistensa ja läheistensä ottavan osaa hoitoneuvotteluihin. Tämä toive tulee aina huomioida hoitoneuvotteluja järjestettäessä.

Ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla ei ole riittävästi tietoa hoitotahdosta ja sen tekemisestä. Hoitotahto voi kuitenkin toimia asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukevana asiakirjana. Hoitotahto auttaa kotihoidon työntekijöitä ja myös lääkäreitä päätöksenteossa asiakkaan hoitolinjauksista silloin, kun asiakas ei enää muutoin kykene ilmaisemaan toiveitaan. Hoitotahto voitaisiin ottaa osaksi hoito- ja palvelusuunnitelman tekoprosessia. Hoitajat voisivat kertoa asiakkaalle tietoa hoitotahdosta ja voisivat asiakkaan niin halutessa täyttää yhdessä hoitotahto-lomakkeen. Nykyinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa asiakkaan hoitotahdon sähköisen säilyttämisen. Tietojärjestelmästä jokainen hoitaja pystyy tarkastamaan asiakkaan toiveet vakavan sairauden kohdatessa. Saman tietojärjestelmän kautta myös asiakasta hoitava lääkäri pystyy näkemään asiakkaan hoitotahdon.

Jotta näihin edellä mainitsemiini kehittämishaasteisiin voidaan vastata, tulee hoitajien osallistuminen varmistaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen asiakkaan tarpeisiin pohjautuen ei ole helppoa. Koulutuksella voidaan varmistaa, että kaikilla hoitajilla on yhteneväiset tiedot ja taidot. Kotihoidon laatua tulee seurata säännöllisesti kartoittaen sekä asiakkaiden, että

hoitajien näkemyksiä. Asiakaspalautteet ja hoitajilta tulleet palautteet ja kehittämiskohteet tulee siirtää käytännön tasolla toimiviksi ratkaisuiksi. Kotihoito on suuri organisaatiokokonaisuus, jonka perimmäinen tehtävä on tuottaa ikääntyneille laadukkaita palveluita, jotta mahdollisimman moni vanhus voisi asua kotonaan turvallisesti mahdollisimman pitkään. Laadukas hoito ei kuitenkaan toteudu, mikäli asiakkaan toiveita ei oteta huomioon ja hänen itsemääräämisoikeutensa ja osallisuutensa eivät näy käytännön tasolla.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys

Opinnäytettä tai muuta tutkimustyötä tehdessä eettinen näkökulma tulee huomioida koko prosessin ajan. Tutkija joutuu miettimään eettisiä asioita edetessään aiheen valinnasta tutkimusraportin julkistamiseen saakka. Jokainen tutkija tekee työnsä edetessä omat ratkaisunsa, mutta niiden on oltava hyvän tieteellisen käytännön mukaisia. (Hirsjärvi ym. 2010, 23.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeistuksen siitä, millaisia asioita tutkimuksessa on huomioitava, jotta se täyttäisi eettiset vaatimukset. Ohjeistuksen mukaan eettiset periaatteet, rehellisyys ja huolellisuus tulee huomioida tutkimusprosessin aikana. Tiedonhankinnassa, tutkimusaineiston keräämisessä ja aineiston arvioinnissa tulee huomioida eettisyys. Lähdeviitteet on oltava asianmukaisesti merkittyinä ja tulosten raportoinnissa tulee olla avoin ja tarkka. Tutkimustuloksia ei saa vääristellä, eikä muokata omien tarkoitustensa mukaiseksi. Myös mahdolliset tutkimuksen rahoittajat ja sidosryhmät on raportoitava avoimesti. Eettisten periaatteiden noudattamatta jättäminen murentaa tutkimuksen luotettavuutta ja voi johtaa koko tutkimuksen hylkäämiseen ja tulosten mitätöintiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tässä opinnäytetyössä olen merkinnyt lähdeviitteet ja tehnyt lähdeluettelon tarkasti Kajaanin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Olen julkaissut tulokset niitä vääristelemättä tai muuntelematta ja koko opinnäytetyöprosessin ajan olen noudattanut edellä mainittua hyvää tieteellistä käytäntöä.

Lupa-asiat on oltava kunnossa ennen aineistokeruuvaihetta. Joissain tapauksissa edellytetään myös eettistä ennakoarviointia tutkimuseettiseltä lautakunnalta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 5-6.) Opinnäytetyössäni olen noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä. Ohjaavan opettajan ja työelämän ohjaajan hyväksyttyä opinnäytetyösuunnitelmani laitoin toimeksiantosopimuksen allekirjoitettavaksi kotona asumista tukevien palveluiden vastuualuepäällikölle Eija Rämälle. Koska opinnäytetyöni haastattelumateriaali oli tarkoitus kerätä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän vanhuspalveluissa, kotona asumista tukevilla palveluilla, tarvitsin kirjallisen luvan myös haastattelujen suorittamiseksi. Anoin kirjallisen tutkimusluvan kotona asumista tukevien palveluiden vastuualuepäälliköltä Eija Rämältä. (Liite 3.). Allekirjoitukset hankittiin postin välityksellä. Vuodenvaihteessa 2012–2013 Kainuun Maakunta -kuntayhtymän muuttuessa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon

kuntayhtymäksi Eija Rämästä tuli koko Kainuun kotona asumista tukevien palveluiden vastuualuepäällikkö ja hänen toimipisteensä sijaitsee Suomussalmella. Allekirjoituksen hakeminen henkilökohtaisesti olisi ollut hankalaa pitkien etäisyyksien ja aikatauluongelmien vuoksi, joten paperit postitettiin Suomussalmelle maaliskuussa 2013 allekirjoitettavaksi. Toimeksiantosopimus opinnäytetyöstä allekirjoitettiin 9.4.2013 ja samalla lupa-anomukseni haastatteluja varten hyväksyttiin ehdoilla 9.4.2013.

Lupa aineiston keruuseen ja haastatteluihin tarvittiin myös haastateltavilta. Otin jokaiseen haastateltavaan yhteyttä puhelimitse. Puhelinkeskustelun aikana kerroin pääpiirteittäin opinnäytetyöstäni ja siihen liittyvästä haastattelusta. Pyysin lupaa tulla henkilökohtaisesti haastattelemaan asiakasta hänen kotiinsa. Jokainen haastateltava antoi jo puhelimesta suostumuksensa haastatteluun. Asiakkaan luona kerroin haastateltaville suullisesti opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta ja sen jälkeen pyysin heiltä allekirjoituksen suostumuslomakkeeseen haastattelua edeltävästi. (Liite 4.) Suostumuslomakkeet allekirjoitettiin kahtena kappaleena niin, että toinen kappale jäi asiakkaalle itselleen. Kerroin haastateltaville, että haastatteluun suostuminen on vapaaehtoista ja heidän on missä tahansa vaiheessa mahdollista perua suostumuksensa. Korostin, että haastateltavien henkilöllisyys ei tule julkisuuteen prosessin missään vaiheessa. Tulokset käsitellään ja raportoidaan niin, että haastateltavien anonymiteetti säilyy. Kerroin säilyttäväni haastattelumateriaalin opinnäytetyön julkaisemiseen saakka, jonka jälkeen sekä kirjallinen materiaali, että haastattelutallenteet tuhoaan.

8.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustulokset ja niiden tulkinta perustuvat aina tutkijan näkemykseen asiasta ja ilmiöstä. Tutkimusjoukko on yleensä otokseltaan pieni ja harkinnanvarainen. Tulosten tulkinnessa näkyy tutkijan oma persoona, eivätkä tulokset siten ole yleistettävissä. Tuloksilla kuvataan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä tai ihmisten kokemuksia tässä tietyssä, yleensä pienessä tutkimusjoukossa. (Nieminen 2006, 215–220.) Tutkimus ei ole kuitenkaan luotettava, jos tutkija ei ole määritellyt tutkimukselleen luotettavuuden arviointikriteereitä (Varto 1996, 103).

Krausen & Kiikkalan (1996, 130) mukaan luotettavuuden arvioinnin tulee kohdistua tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin alkaen teorianmuodostuksesta ja päättyen raportin julkaisemiseen. Aineistonkeruuvaiheessa tutkijan tulee pyrkiä objektiivisuuteen, jotta hänen

ennakkokäsityksensä eivät vaikuta tutkimustuloksiin. Tutkijan kokemus vaikuttaa siten aineistonkeruun luotettavuuteen. Aineiston hankinnan luotettavuutta arvioitaessa on pohdittava, ovatko haastateltavat vastanneet rehellisesti kysymyksiin tai ovatko heidän muistikuvansa ilmiöstä tai asiasta totuudenmukaisia. (Nieminen 2006, 215–220.) Aineiston koon riittävyys voi askarruttaa tutkijaa. Saturaatio eli kylläntyminen on yksi aineiston riittävyyden merkeistä. Saturaatio tarkoittaa sitä, että haastatteluissa ei saada enää uutta tietoa ja samat asiat alkavat nousta toistuvasti esille. (Eskola & Suoranta 2005, 62.)

Analysointivaiheessa tutkija tarkastelee tutkimusaineistoa etsien vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tässä vaiheessa täsmentyy aineiston riittävyys ja aineistonkeruumenetelmän toimivuus. (Krause & Kiikkala 1996, 131–131.) Laadullista tutkimusmenetelmää käyttävä tutkija voi joutua tutkimusprosessinsa aikana pohtimaan tekemiään valintoja ja ratkaisuja. Laadullinen menetelmä antaa toisaalta tutkijalle mahdollisuuden muuttaa suunnitelmaansa joustavasti. Mikäli aineiston määrä ei olekaan riittävä, voi tutkija palata prosessissaan taaksepäin ja hankkia lisää aineistoa. Tutkijan tulee siis koko tutkimusprosessin ajan arvioida omaa toimintaansa kriittisesti muuttaen tarvittaessa toimintasuunnitelmaansa. (Eskola & Suoranta 2006, 208.)

Uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistuvuus ovat laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä, joita käytän apuna arvioidessani opinnäytetyöni luotettavuutta. Uskottavuus kuvastaa sitä, vastaavatko tutkijan tekemät tulkinnat haastateltavan näkemystä tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Uskottavuuden varmistaminen voi olla vaikeaa, sillä tutkittava ei välttämättä osaa erottaa kokemuksistaan tutkimuksen kannalta merkittävimpiä asioita. (Eskola & Suoranta 2006, 211.) Laadullinen tutkimus ei ole sellaisenaan toistettavissa (Nieminen 2006, 220). Siirrettävyys on kuitenkin luotettavuuden arviointikriteeri. Jokainen tutkimus on uniikki, joten siirrettävyys on mahdollista vain soveltaen. Vaikka tutkija olisi kuvannut tarkasti koko tutkimusprosessinsa, voi toinen tutkija päätyä erilaiseen lopputulokseen vastaavaa tutkimusta tehdessään. (Vilkkä 2005, 159.) Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että analysointivaiheessa tehdyt tulkinnat linkittyvät yhteen aiemman tutkimustiedon kanssa (Eskola & Suoranta 2006, 212). Vilkkä & Grönfors (2011, 20) tuovat esille erilaisen näkökulman luotettavuuden arviointiin abduktiiviseen päättelyyn perustuvaa analyysimenetelmää käytettäessä. Abduktiivisen päättelyn perusteella tuotettu tieto on aina validia, vaikka tuloksissa esiintyisikin ristiriitoja. Tutkija tekee itse päätöksen siitä, mitä asioita pitää tutkimuksensa kannalta merkityksellisenä. Omassa opinnäytetyössäni käytin abduktiivista eli teoriaohjaavaa menetelmää. Opinnäytetyön tulosten osittainen ristiriitaisuus (Vilkkä & Grönfors 2011, 20) ei murenn

opinnäytetyöni luotettavuutta, sillä abduktiivinen menetelmä antoi aineiston käsittelyyn hie-
man enemmän vapautta ja toisaalta myös vastuuta kuin muut menetelmät.

Ensimmäinen opinnäytetyö on aina tekijälleen haastava. Opinnäytetyön suunnitelmavaihees-
sa asetin tämän opinnäytetyön luotettavuuden arviointikriteereiksi vahvistuvuuden, uskotta-
vuuden ja siirrettävyyden. Näihin kriteereihin peilaten olen arvioinut koko opinnäytetyön
luotettavuutta aina teorianmuodostuksesta raportin kirjoittamiseen saakka. Asettamani luo-
tettavuuden arviointikriteerit olivat haastavia, mutta oman arvioni perusteella onnistuin työs-
säni hyvin.

Vahvistuvuuden kriteeri toteutuu tässä opinnäytetyössä siten, että käyttämäni lähteet ovat
suurelta osin tieteellistä, tutkittua tietoa. Olen pyrkinyt työssäni siihen, että löydän kaikelle
esittämälleni teorialiedolle taustaa aiemmin tehdyistä tutkimuksista. Analysointiosiossa verta-
sin saamiani tuloksia jo aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksiin. Huomasin kuitenkin, että
kaikista asioista ei vain löydy tutkittua tietoa. Esimerkiksi hoitotahtoa on Suomessa tutkittu
kohtuullisen vähän. Sellaiseen tietoon, jota ei ole olemassakaan, on mahdotonta viitata. Ehkä
siis osittain tämän opinnäytetyön kautta sain olla itse tuottamassa uutta, merkityksellistä tie-
toa. Vaikka työni ei olekaan laajuudeltaan väitöskirjan tasoinen, kuvaa se silti tietyn joukon
kokemuksia ja ajatuksia itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta ja kartoittaa hoitotahdon
tietämystä. Vaikka tämä tieto ei välttämättä olisikaan yhteiskunnallisesti merkittävää, tiedolla
ja kokemuksilla on merkitystä kotihoidon asiakkaille ja minulle heidän hoitajanaan. Työpaik-
kani, eteläinen kotihoito, voi hyödyntää opinnäytetyössä keräämääni tietoa laadukkaan hoito-
työn kehittämisessä.

Uskottavuuden kriteeri oli haasteellisin. Minulla oli vääjäämättä omat ennakoasenteeni
opinnäytetyöni haastatteluiden tuloksista. Kuitenkin haastattelutilanteessa pystyin unohta-
maan kaiken muun ja keskityin pelkästään ikääntyneiden esille tuomiin mielipiteisiin antamat-
ta ennakkokäsityksieni vaikuttaa lopputulokseen. Kokemattomalle tutkijalle voi olla vaikeaa
keskittyä pelkästään haastateltavien esille tuomiin asioihin. Olen kuitenkin tyytyväinen
omaan suoriutumiseeni tilanteessa. Haastatteluissa annoin puheenvuoron ikääntyneille ja jul-
kaisin tulokset mitään lisäämättä tai pois jättämättä.

Laadullinen työ ei ole välttämättä siirrettävissä sellaisenaan toiseen kontekstiin. Pyrin kuiten-
kin kuvaamaan opinnäytetyöprosessini etenemistä niin yksiselitteisesti ja selkeästi, että tutki-
mus olisi lähes sellaisenaan toistettavissa. Vaikka tekisin itse tutkimukseni uudestaan

haastatellen samoja asioita, voisin päätyä analysoinnissani eri lopputulokseen. Opinnäytetyöni tuloksineen on siten ainutkertainen, alusta loppuun asti. Laadullisena työnä tämän opinnäytetyön ei tarvitsekaan olla täysin toistettavissa. Jokainen työ ja tutkimus on tekijälleen arvokas.

Tutkimuksen luotettavuutta voi parantaa triangulaation avulla. Triangulaatiolla tarkoitetaan useiden eri tutkimusmenetelmien tai teorioiden käyttämistä tutkimuksessa. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa sitä, että tutkijoita tai tutkimusaineiston kerääjiä on useampia. (Hirsjärvi ym. 2010, 233.) Tein tämän opinnäytetyöni yksin. Tutkijatriangulaation puuttuminen murentaa väistämättä jonkin verran tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Toisaalta analysoinnissa yhdistin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysiä. Tämä teoriaohjaavan sisällönanalyysin käyttäminen mielestäni vahvisti luotettavuutta sillä sain yhdistettyä opinnäytetyössäni sekä teorian, että haastateltavilta kerätyn aineiston.

Triangulaation puuttumisen lisäksi opinnäytetyöni haastateltavien valinnalla oli suuri merkitys opinnäytetyöni luotettavuuden kannalta. Työskentelen Kajaanin eteläisessä kotihoidossa, jonka toimialueelta valikoin haastateltavat asiakkaat. Tämän vuoksi useat asiakkaista ovat minulle entuudestaan tuttuja ehkä vuosienkin asiakassuhteen vuoksi. Haastattelut olisivat voineet helposti poiketa halutusta teemasta, jos haastattelija ja haastateltava olisivat tunteneet toisensa hyvin. Toisaalta etuna olisi ollut se, että tarvittaessa olisin saanut helposti kontaktin haastateltaviin, kun olisin tuntenut heidät etukäteen. Päädyin kuitenkin valitsemaan haastateltavikseni asiakkaita, joille en ole koskaan toiminut omahoitajana. Kaikki kolme haastateltavaa olin tavannut vain kerran aikaisemmin. He tunnistivat minut kotihoidon työntekijäksi, mutta välillemme ei ollut muodostunut vielä kiinteää hoitosuhdetta. Jälkikäteen ajatellen ratkaisuni haastateltavien valinnan suhteen oli oikea. Haastattelut pysyivät hyvin ennalta määrätyissä teemoissa ja koko ajan säilyi asiallisen etäinen suhde haastateltavien ja haastattelijan välillä.

Raportointivaiheessa tutkijan kannattaa sisällyttää raporttiinsa esimerkkejä ja suoria lainauksia haastattelumateriaalista. Kun tutkija kuvaa rehellisesti, avoimesti ja tarkasti koko tutkimusprosessinsa, on lukijan helpompi muodostaa käsityksensä tutkimuksen luotettavuudesta. (Hirsjärvi ym. 2010, 232–233.) Opinnäytetyön raporttia kirjoittaessani noudatin tarkkuutta ja merkitsin lähdeviitteet asianmukaisesti Kajaanin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Kiinnitin huomiota kriittisyyteen lähteiden valinnassa. Käytin opinnäytetyössäni mahdollisimman paljon tutkimuksiin pohjautuvaa, tuoretta aineistoa. Jouduinkin muokkaamaan

opinnäytetyöni teoriaosuutta moneen kertaan, sillä löysin tuoretta ja käyttökelpoista materiaalia. Analysoinnissa ja raportin kirjoittamisessa noudatin avoimuutta ja rehellisyyttä. Opinnäytetyön alussa olevan runon käyttämiseksi pyysin kirjallisen luvan runon kirjoittaneelta Pirjo Levolta. Kuvasin opinnäytetyöprosessin vaiheet kokonaisuudessa selkeästi ja tarkasti. Näin toimimalla pystyin vaikuttamaan opinnäytetyöni luotettavuuteen. Keräsin aineiston yhtä aineistonkeruumenetelmää käyttäen ja analysoin tulokset yksin. Triangulaation puuttuminen aineiston keräämisessä ja analysoinnissa ovat vaikuttaneet jonkin verran tutkimuksen luotettavuuteen. Lisäksi nimetyn vertaisen puuttuminen on varmasti vaikuttanut opinnäytetyöni toteutukseen ja mahdollisesti luotettavuuteenkin. Vertaisen puuttumisen vuoksi hyödynsin opinnäytetyössäni työelämäohjaajani Minna Toivasen apua. Häneltä sain korvaamattomia neuvoja ja kannustusta niinä hetkinä, kun kohtasin opinnäytetyössäni eteen tulevia ongelmia. Ilman hänen tukeaan tämä opinnäytetyö ei olisi valmistunut ennalta asettamassani aikataulussa. Myös ohjaavan opettajan, Tiina Porasen antama kannustava palaute opinnäytetyöprosessini aikana korvasi vertaisen puuttumisen. Ohjaavan opettajan ja vertaisen antaman palautteen avulla pystyin arvioimaan työtäni kriittisemmin ja pohtimaan syvällisemmin tekemiäni ratkaisujen oikeellisuutta.

8.3 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Opinnäytetyön tekeminen on pitkäkestoinen projekti. Vuoden kestävä työ on vaatinut minulta pitkäjännitteisyyttä ja sataprosenttista sitoutumista opiskeluun ja opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyöprosessin myötä valmiuteni toimia tulevassa sairaanhoitajan ammatissa ovat vahvistuneet. Omaa ammatillista kehittymistään ja kasvamista tulevaan ammattiin voi arvioida ammattikorkeakoulujen yhteisten ja koulutusohjelmakohtaisten osaamisvaatimusten eli kompetenssien mukaisesti. Ammattikorkeakoulujen yhteiset kompetenssit käsittelevät oppimisen taitoja, eettistä osaamista, työyhteisöosaamista, innovaatio-osaamista ja kansainvälistymisosaamista (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2010, 11–12). Hoitotyön koulutusohjelmaan liittyvät koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit taas ovat hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen ja ohjaus- ja opetusosaaminen (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2012). Käsittelen ammatillisen osaamiseni kehittymistä näiden kompetenssien kautta.

Oppimisen taitoni ovat vahvistuneet opinnäytetyön kautta. Opinnäytetyöni aihe oli ajankoh-
tainen, mutta jälkikäteen ajateltuna liian laaja yksin tehtäväksi. Aiheen rajaaminen on ollut
minulle aina haasteellista ja opinnäytetyöprosessi opetti minulle rajaamisen merkityksen käy-
tännön tasolla. Kaikkea ei voinut, eikä ehtinyt tehdä, varsinkin kun tein opinnäytetyötäni yk-
silötyönä. Rajaamisen ja aikataulutuksen merkitys korostui opinnäytetyöprosessin loppuvai-
heessa. Vaikka olin tehnyt tarkan suunnitelman opinnäytetyöni etenemisestä, ei aikataulu aina
pitänyt. Ensimmäinen viivästys tuli lupia haettaessa. Luvan saamisessa meni ennakoitua kau-
emmin, mikä vaikutti haastattelujen aikatauluun. Lisäksi yksityiselämässäni samanaikaisesti
tapahtuneiden asioiden vuoksi jouduin lykkäämään opinnäytetyöni kirjoitusprosessia. Syys-
kuun 2013 alkaessa analysointivaihe oli vasta alussa ja valmiin opinnäytetyön esitysaika oli jo
muutaman viikon päässä. Ystäviltä saamani tuen avulla sain kuitenkin voimia jatkaa jo lop-
puvaiheessa olevaa opinnäytetyötäni. Syyskuun kahden ensimmäisen viikon aikana sain kir-
joitettua työni loppuhiomista vaille valmiiksi. Budjetin suhteen suunnitelmani pitivät paik-
kansa. Kustannuksia tuli pelkästään materiaalien tulostamisesta ja kopioinnista. Nämä kus-
tannukset olivat vähäisiä ja maksoin ne sopimuksen mukaisesti itse. Opinnäytetyöprosessin
aikana jouduin arvioimaan kriittisesti omaa osaamistani ja kehittämään tiedonhakutaitojani.
Pitkäjänteinen työ kehitti paineensietokykyä ja opin käyttämään uusia oppimisen menetelmiä.
Pystyin vastaanottamaan palautetta ja kehittämään opinnäytetyötäni saamani palautteen pe-
rusteella. Opin arvioimaan omia työskentelytapojani kriittisesti ja opin sietämään myös epä-
onnistumisia.

Tulevaa sairaanhoitajan ammattiani ajatellen opinnäyteprosessi vahvisti etenkin eettistä
osaamista, joka on yksi ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista (Kajaanin ammat-
tikorkeakoulu 2010, 11–12). Opinnäytetyössäni aina aiheen valinnasta raportin kirjoittami-
seen saakka eettisyys oli mukana kaikessa toiminnassani. Opinnäytetyöni aihealueen ollessa
eettisiin periaatteisiin pohjautuva, minulta vaadittiin valtavasti eettistä osaamista läpi koko
työn. Ikääntyneiden asiakkaiden haastatteleminen heidän kotonaan vaati herkkyyttä ja eettistä
osaamista. Haastattelujen aikana ja niitä litteroidessani ymmärsin, miten tärkeää ikääntyneelle
on itsemääräämisoikeus omista asioistaan. Tulevana sairaanhoitajana minun tulee kunnioittaa
ikäntyneen asiakkaan arvoja ja asenteita, mutta samalla antaa arvoa myös omille eettisille
periaatteilleni. Valitettavasti hoitajana ei voi aina toimia kaikkien toiveiden mukaisesti. Opin-
näytetyön raporttia kirjoittaessani pohdin sitä, miten vaikeaa työntekijäpuolen on järjestää
ikäntyneille laadukkaat ja lakisääteiset palvelut. Kaikkea olisi tarjottava kaikille, mutta talou-
delliset resurssit ovat rajalliset. Haastattelujen aikana pystyin asettumaan ikääntyneen

asiakkaan asemaan. Minulle selkiytyi, että tulevana sairaanhoitajana minun on kyettävä työskentelemään sekä työnantajapuolta, että asiakkaiden näkemyksiä kunnioittaen. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä asiakkaan, omaisten, toisten hoitajien ja työnantajapuolen kanssa. Aina ei voi toimia kaikkia tyydyttävällä tavalla ja tämä voi aiheuttaa suuria eettisiä ristiriitoja. Olen pohtinut etiikkaa paljon opinnäytetyötä tehdessäni. Eettinen osaamiseni on vahvistunut monessakin suhteessa. Yksin opinnäytetyötä tekemänä on vastuussa yksin tekemistään ratkaisuisista. Tätä osaamista voin jatkossa hyödyntää omassa työssäni sairaanhoitajana. Jokainen on henkilökohtaisesti vastuussa tekemistään ratkaisuisista. Omasta toiminnastaan tulee ottaa vastuu ja tehdyt ratkaisut on aina pystyttävä perustelemaan, olipa kyseessä opinnäytetyön tekeminen tai tuleva työ sairaanhoitajana.

Opinnäyteprosessini sisälsi monia haasteita. Tein opinnäytetyöni yksin ja eteen tulleet ongelmat jouduin ratkaisemaan ilman työparin tukea. Pystyin näin kehittämään innovaatio-osaamistani. Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa eteen tulleet haasteet ratkaisin päätyemällä harvoin käytettyyn analyysimenetelmään. Hoitotyön laadun kehittämiseen tähtäävä opinnäytetyöni oli tehtävänä haastava. Ajantasaisen teorian tiedon ja tieteellisen materiaalien etsiminen ja hyödyntäminen työssäni alusta loppuun saakka kehittivät innovaatio-osaamisen lisäksi työyhteisöosaamistani. Työelämän käyttöön tulevan opinnäytetyön tekeminen kehitti taitojani toimia työyhteisön jäsenenä. Hoitotyön laadun kehittämistyössä tarvitaan koko työyhteisöä. Yksi työntekijä ei voi muuttaa koko työyhteisön toimintatapoja, mutta opinnäytetyöni on kehittänyt valmiuksiani olla tulevaisuudessakin työelämässä laadukkaan hoitotyön kehittäjänä.

Sairaanhoitaja tarvitsee ammatissa toimiakseen kliinistä osaamista. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni en pystynyt juurikaan vahvistamaan kliinistä osaamistani, mikäli se määritellään suppeasti vain hoitotoimenpiteiden osaamisena. Mikäli ajatusmallia laajennetaan koskemaan kokonaisvaltaisemmin sairaanhoitajan työnkuvaa, olen voinut kehittää myös tätä osa-aluetta. Opinnäytetyöni haastattelujen kautta ymmärryksen sairaanhoitajan työn monipuolisuudesta ja vaativuudesta kehittyi. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisen asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan voimavarojen huomioimiseen tulee kiinnittää huomiota. Sairaanhoitaja on työssään kotihoidossa vastuuroolissa määrittelemässä asiakkaan palvelujentarvetta yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Haastattelun tulosten perusteella esitin kotihoidon kehittämiskohteeksi hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisen asiakaslähtöisyyden huomioiden. Jatkossa olen itse vastuussa siitä, että jaan tietoa ja osaamistani muille työyhteisön jäsenille ja huomioin asiakkaan osallisuuden nykyistä paremmin.

Opinnäytetyön kautta olen saanut teoreettista pohjaa sille, että osaan toimia sairaanhoitajana työssäni yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa. Sairaanhoitajana kotihoidossa työtä tehdään usein yksin. Tämä vaatii vastuun ottamista omista ratkaisuista. Päätöksentekosaaminen on myös vahvistunut opinnäytetyön kautta. Olen joutunut opinnäytetyöseminaarissa perustelemaan tekemiäni ratkaisuja. Tätä oppimiskokemusta voin hyödyntää myös tulevassa työssäni siten, että osaan tehdä itsenäisiä päätöksiä ja pystyn perustelemaan ratkaisuni. Heikkoutta ei ole myöskään myöntää tietämättömyyttään. Päinvastoin on viisautta osata pyytää apua tarvittaessa. Tein opinnäytetyötäni itseohjautuvasti mahdollisimman pitkälle. Opinnäytetyössä kuitenkin tulee eteen tilanteita, joita ei osaa ratkaista yksin. Hyödynsin ohjaavan opettajan ja työelämäohjaajan asiantuntemusta aina silloin kun omat ongelmanratkaisutaitoni tuntuivat riittämättömiltä. Päätöksentekosaamista on, että tunnistaa omat heikkoutensa ja vahvuutensa ja osaa pyytää tarvittaessa apua. Tätä osaamista tarvitaan myös työelämässä sairaanhoitajana.

Opinnäytetyöprojektini antoi minulle mahdollisuuden ammatillisen osaamiseni kehittämiseen. Opinnäytetyön tekeminen edisti ohjaus- ja opetusosaamisen taitojani. Opinnäytetyön eri vaiheissa työtä arvioitiin seminaareissa ja saadun palautteen perusteella työtä pystyi muokkaamaan. Työn esittäminen seminaareissa kehitti ohjaamisen taitojani ja näitä taitoja tulen tarvitsemaan myös työelämässä. Vanhustyössä, kuten muuallakin hoitotyössä, vaaditaan jatkuvaa ammatillisen osaamisen ylläpitämistä ja kehittymistä. Hoitajien ammattitaito on yksi laadukkaan hoitotyön lähtökodista (STM 2008, 30). Sairaanhoitajana voin tulevaisuudessa edelleen jakaa osaamistani muiden työyksikön jäsenten kanssa sekä ohjata asiakkaita ja heidän omaisiaan.

Heinäkuussa 2013 voimaan astuneessa uudessa vanhuspalvelulaissa edellytetään, että ikääntyneelle väestölle tarjotaan laadukkaita palveluita ja henkilökunnalla on riittävä asiantuntemus (Vanhuspalvelulaki). Opinnäytetyöni palvelee työelämää, sillä sen avulla voidaan vaikuttaa hoitotyön laatuun. Oma ammatillinen osaamiseni on kehittynyt paljon opinnäytetyön kautta. Opinnäytetyöni tulokset tullaan esittämään myös työyhteisön palaverissa. Näin voin jakaa osaamistani myös työyhteisön jäsenille. Oman ja työyhteisön ammatilliseen osaamiseen ja osaamisen kehittämiseen kannattaa panostaa. Oma ja työyksikön osaamista vahvistamalla voimme vaikuttaa hoitotyön laatuun.

8.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää kotona asumista tukevien palveluiden hoitotyön laadun kehittämisessä. Hoitotyön laadun kehittämistyötä ei voi tehdä kuulematta asiakkaiden mielipiteitä. Opinnäytetyöni kautta kotihoidon asiakkaat saivat kuuluviin omat kokemuksensa itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta sekä hoitotahdosta. Tulosten pohjalta muodostin johtopäätöksiä ja kehittämiskohteita kotihoidon hoitotyön laadun kehittämiseksi. Viemällä ideani teoriasta käytäntöön, voidaan hoitotyötä kehittää asiakaslähtöisesti.

Ikääntyneet toivat esille tahtonsa päättää omaan hoitoon liittyvistä asioistaan. Lisäksi jokainen haastateltava piti tärkeänä saada asua jatkossakin omassa kodissaan ja saada tarvitsemansa hoito- ja hoivapalvelut kotiin tuotettuina. Haastateltavien ajatukset ovat yhteneväisiä Sosi- ja terveysministeriön linjauksen kanssa, jonka mukaan kotona asumista tukevien palveluiden osuutta tulee vahvistaa tulevaisuudessa. Ikääntyville tulee tarjota jatkossakin mahdollisuus asua kotonaan ja heidän itsemääräämisoikeuttaan ja osallisuuttaan tulee kunnioittaa ja vahvistaa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kotihoidon työntekijöitä ja heidän ammatillista osaamistaan arvostetaan. Ikääntyneet ovat varsin tyytyväisiä itsemääräämisoikeutensa toteutumiseen ja osallisuuteen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, vaikka kehittämiskohteitakin löytyy. Asiakkaan osallisuus ei toteudu silloin, kun laaditaan häntä koskeva hoito- ja palvelusuunnitelma. Jatkossa hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimiseen tulee siis kiinnittää entistä enemmän huomiota. Ikääntyneillä ei ole hoitotahtoja, joita voitaisiin käyttää asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukevinä asiakirjoina. Asiakkaiden haastatteluista saadut tulokset ja muodostamani kehittämiskohteet voidaan viedä suoraan käytäntöön. Varmistamalla hoitajien ammatillinen osaaminen koulutuksilla ja kehittämällä omahoitajuutta voidaan vaikuttaa suoraan hoitotyön laatuun.

Uusi vanhuspalvelulaki tuli voimaan heinäkuussa 2013. Laki velvoittaa esimerkiksi, että jokaisella hoidon piirissä olevalla ikääntyneellä tulee olla hänen asioitaan hoitava omahoitaja. Jatkotutkimuksen avulla voisi selvittää, onko voimaan tullut vanhuspalvelulaki lisännyt ikääntyneen ihmisen osallisuutta yhteiskuntaan ja omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Lisäksi voisi selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kotihoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta kotona asumista tukevissa palveluissa. Itsemääräämisoikeus ja osallisuus ovat käsitteinä laajat ja monivivahteiset. Varmasti kyseisistä aiheista saisi monia uusia

opinnäytetöitä, joiden avulla voitaisiin vaikuttaa kotona asumista tukevien palveluiden hoitotyön laatuun.

LÄHTEET

Elo, S. 2010. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 92–108.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun Yliopiston julkaisuja Turku: Painosalama Oy.

Viitattu 10.9.2013.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf>

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.). 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A.M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.

Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg, T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Tampere: Vastapaino.

ETENE. 2001. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. ETENE-julkaisuja 1.

Viitattu 18.1.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Etene. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20. viitattu 18.1.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. ETENE-julkaisuja 32. viitattu 18.1.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Exitus Ry. 2013. Hoitotahtokortti. Viitattu 2.1.2013.

<http://www.exitus.fi/hoitotahto.html#mikaonhoitotahtokortti>

Grönfors, M. & Vilkkä, H. (toim.) 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät.

Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkkä. Viitattu 11.11.2013.

http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Halila, R & Mustajoki, P. 2012. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim.

Viitattu 16.11.2012. www.terveyskirjasto.fi

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoiton asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu

30.9.2013. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7522-1>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16- painos. Helsinki:

Tammi.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lehtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Immonen, S. 2005. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.1.2013.

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00482.pdf>

Järnström, S. 2011. “En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni” . Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 4.10.2013.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>

Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, Li. 2001. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2010. Opinto-opas 2010–2011. Yhteiset kompetenssit. Iisalmi: Painotalo Seiska Oy.

- Kajaanin ammattikorkeakoulu.2012. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Viitattu 4.1.2013.
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Opiskelijoille/Opintojen-sisalto/Sairaan--ja-terveydenhoitaja--koulutus/OPS2012>
- Keipilä, L. 2008. Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun. Pro Gradu –tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen Yliopisto. Viitattu 30.9.2013.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02530.pdf>
- Kokkonen, P. Holli, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto- potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.1.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f>
- Kotisaari, M. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laakkonen, M-L., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2005. Hoitotahto iäkkäiden elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa. Suomen Lääkärilehti 49–50/2006, 5179–5183.
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta 25.5.2007/648.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-
 luista 28.12.2012/980.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
- Leino-Kilpi, H. 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus-yhdessä vai erikseen? Te-
 oksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.1.-
 4.painos. Helsinki: WSOY, 222–231.

Leino-Kilpi, H. 2009. Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 61–79.

Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 23–35.

Leino-Kilpi, H. 2009. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 277–307.

Liimatainen, T. 2007. Terveiden edistäminen. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 29–37.

Lindholm, V. 2012. Sairaanhoidajien käsityksiä ja kokemuksia oikeuksistaan erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 18.1.2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120582/urn_nbn_fi_uef-20120582.pdf

Louhiala, P. 2003. Ongelmallinen hoitotahto. Suomen Lääkärilehti 43/2003, 4385–4387.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 16–28.

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2010. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 58–73.

Löfman, P. 2000. Potilaan itsemääräämisoikeuden merkitys ammattiinsa valmistuville sairaanhoidajille. Pro gradu –tutkielma. Opettajankoulutuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 28.9.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10160/plofman.pdf;jsessionid=1716E53F7486DBD085FE98263D3B5B84?sequence=1>

Muistiliitto Ry. 2012a. Hoitotahtolomake. Viitattu 16.11.2012. <http://muistiliitto.fi>

Muistiliitto Ry. 2012b. Repeat-muistiliiton seurantatutkimus. Viitattu 10.11.2012. <http://www.muistiliitto.fi/fin/muistiliitto/ajankohtaista//?nid=193>

Muistisairaudet (online). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen psykoge-

riatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. Viitattu 15.1.2013. www.kaypahoito.fi

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa – Kyselytutkimus potilaille ja hoitavalle henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 6.1.2013. URN:ISBN:978-951-27-1067-6

Niemelä, A-L. & Isoaho, M. 2009. Muistisairauksien hoito- kotihoidon uusin haaste. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 165–199.

Niemelä, A-L. 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–48.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.1.-4.painos. Helsinki: WSOY, 215–220.

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhuuden toimijuuteen. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87–134.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pahlman, I. 2007. Iäkkään potilaan itsemääräämisoikeus. Gerontologia 3/2007, 270–272.

Pietarinen, J. 1994. Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Pietarinen, J., Lounis, V., Räikkä, J., Lagerspetz, E., Rauhala, M. & Oksanen, M. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus, 15–47.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.10.2013. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-12784>

Pirttilä, T., Juva, K., Hietanen, M., Erkinjuntti, T., Mäki-Petäjä-Leinonen & Koponen, H. 2005. Alzheimerin tauti ja oikeudellinen toimintakyky. Suomen Lääkärilehti 44/2005, 4517–4521.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.1.2013.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00420.pdf>

Punkanen, T. & Eloranta, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöstutkimus. Lapin yliopisto. Acta Universitas lapponiensis 210. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 14.2.2013. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Fyysisten rajoitteiden käyttö – onko vaihtoehtoja? Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOYpro Oy, 266–278.

Sarvimäki, A. 2010. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). Gerontologinen hoitotyö. WSOYpro Oy, 27–40.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Sipilä, P. 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Väitöskirja. Aalto-yliopisto. Arkkitehtuurin laitos. Aalto-yliopiston julkaisusarja. Väitöskirjat 4/201. Viitattu 14.1.2013. <http://lib.tkk.fi/Diss/2011/isbn9789526042268/isbn9789526042268.pdf>

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012c. Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOTKANet. 2013. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa. Viitattu 14.1.2013.

http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/T_1/110,111,112/3/3A/0/3122/

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). 2010. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120–138.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilastokeskus. 2012. Suomen virallinen tilasto. Väestöennuste. ISSN=1798-5137. 2012, Liite-taulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 10.1.2013.

http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_fi.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10.uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 13.2.2013.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Helsinki. ISBN 978-952-5978-08-7. Viitattu 10.1.2013.

http://www.valvira.fi/files/tiedostot/k/o/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf

Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Voutilainen,P. 2010. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 124–144.

Välimäki, M. 2009. Mitä etiikka on. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 13–22.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 2006. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.1.-4.painos. Helsinki: WSOY, 152–162.

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön viitekehys kaaviona

Liite 2. Teemahaastattelun teemat

Liite 3. Lupa-anomus

Liite 4. Suostumusasiakirja

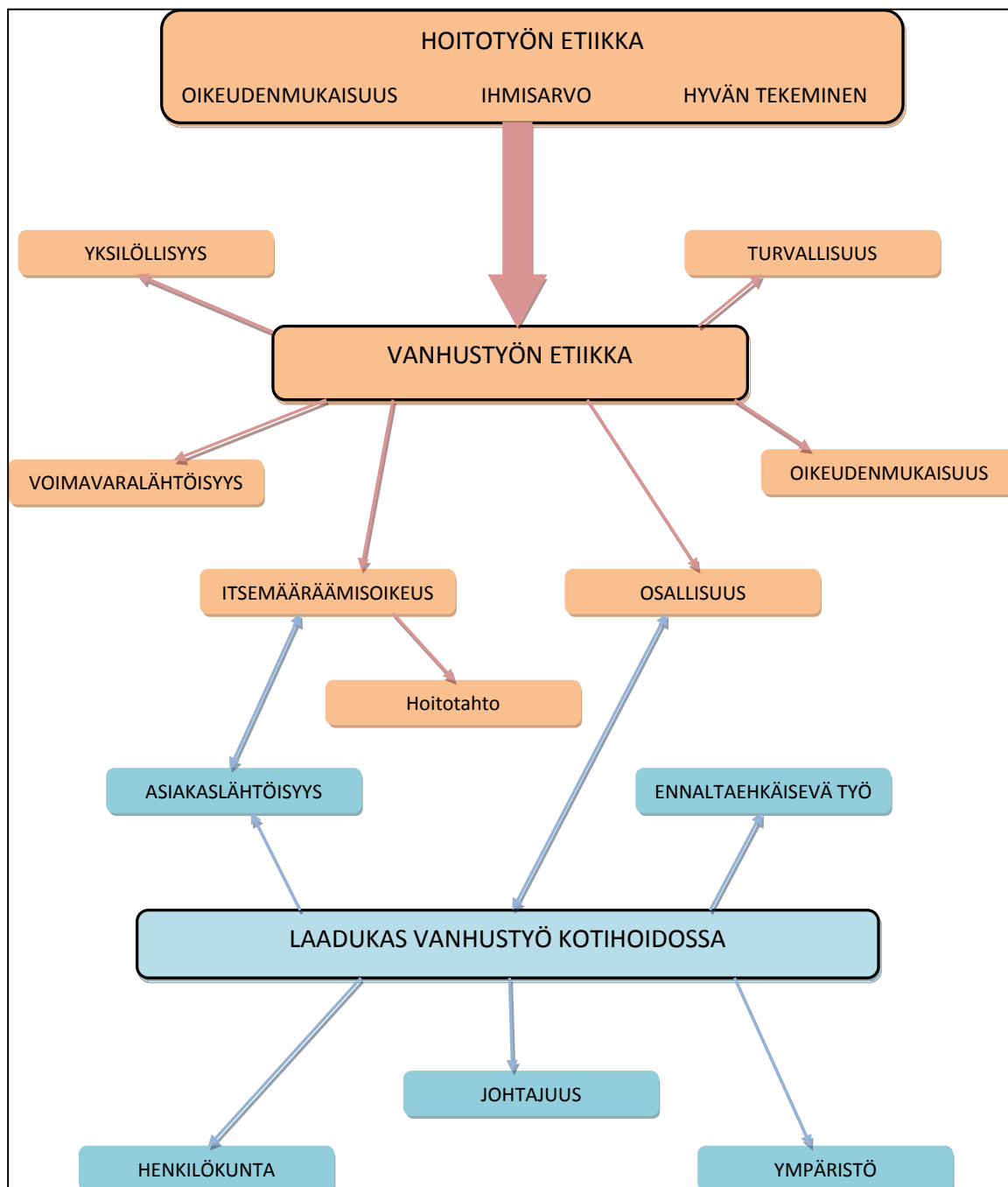
Liite 5. Teemahaastattelun apukysymykset

Liite 6. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista

Liite 7. Esimerkki aineiston ryhmittelystä eli klusteroinnista

Liite 8. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä eli abstrahoinnista

OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS KAAVIONA:



(Mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; ETENE 2011.)

TEEMAHAASTATTELUN TEEMAT:

TEEMA 1: Itsemääräämisoikeus

TEEMA 2: Osallisuus/ kuulluksi tuleminen

TEEMA 3: Hoitotahto

KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU

LUPA-ANOMUS

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

21.03.2013

Hoitotyön koulutusohjelma

Ketunpolku 4

87100 Kajaani

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, sosiaali- ja terveystoimiala, vanhuspalvelut, vastuualuepäällikkö Eija Rämä

LUPA-ANOMUS AINEISTON KERÄÄMISEKSI OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja valmistun keväällä 2014. Anon lupaa teemahaastattelujen suorittamiseksi opinnäytetyötäni varten. Opinnäytetyöni toimeksiantajana toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, vanhuspalvelut, kotona asumista tukevat palvelut. Opinnäytetyön toteutuksesta on alustavasti keskusteltu loppuvuodesta 2012 palveluesimies Tuula Väyrysen sekä palvelupäällikkö Ritva Heinistön kanssa. Työelämäohjaajana opinnäytetyölleni toimii th Minna Toivanen. Ammattikorkeakoulussa opinnäytetyötäni ohjaa Tiina Poranen ja koordinoivana opettajana toimii Arja Oikarinen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on teemahaastattelujen avulla kuvailla kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja kuulluksi tulemisesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa sekä kartoittaa hoitotahdon tunnettavuutta. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitä itsemääräämisoikeus ja oman hoitonsa suhteen kuulluksi tuleminen merkitsevät kotihoidon asiakkaalle. Tämän tiedon esilletuomisella voin vaikuttaa laadukkaan ja asiakaslähtöisen hoitotyön kehittämiseen omassa työyksikössäni, Kajaanin eteläisessä kotihoidossa sekä myös muualla kotona asumista tukevissa palveluissa.

Teemahaastattelut toteutuvat keväällä ja kesällä 2013. Kohdejoukkona on eteläisen kotihoidon alueelta valikoituvat kotihoidon säännölliset asiakkaat. Haastateltavien lukumäärä tulee olemaan noin 5 kappaletta. Noudatan opinnäytetyössäni voimassa olevia arkisto-, salassapito- ja tietosuojasäädöksiä. Opinnäytetyö julkaistaan raporttina joulukuussa 2013.

Opinnäytetyön tekijä

Sanna Pyykkö

Päätös

Hyväksytty / Hylätty

Perustelut

Paikka ja aika

Luvan myöntäjän allekirjoitus

SUOSTUMUSASIAKIRJA

Minua on pyydetty haastateltavaksi sairaanhoitajaopintoihin liittyvään opinnäytetyöhön, joka tehdään Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoiton asiakkaiden kokemuksia itsemääräämisoikeudesta, kuulluksi tulemisesta ja osallisuudesta omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa sekä kartoittaa hoitotahdon tunnettavuutta.

Olen saanut suullisesti tietoa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä vapaaehtoisesta haastattelusta. Haastattelusta ei makseta korvausta. Minulla on mahdollisuus peruuttaa suostumukseni haastatteluun milloin tahansa. Haastattelujen apuna käytetään nauhuria. Haastatteluissa saatu materiaali analysoidaan ja julkaistaan niin, ettei haastateltavan henkilöllisyys tule ilmi. Haastattelumateriaali säilytetään lukitussa kaapissa ja tuhoetaan opinnäytetyön julkistamisen jälkeen.

Allekirjoituksellani vahvistan suostumukseni haastateltavaksi:

Haastateltavan allekirjoitus_____

Haastattelijan allekirjoitus_____

Paikka ja päiväys_____

Teemahaastattelun apukysymyksiä:

Mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa omin sanoin kerrottuna?

Mitä merkitsee se, että saatte päättää itse omista asioistanne?

Miten itsemääräämisoikeus näkyy päivittäisessä elämässänne?

Millä tavalla kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeus saataisiin toteutumaan paremmin?

Määräävätkö hoitajat tai omaiset mielestänne liikaa asioistanne?

Mitkä asiat voisivat vaikuttaa siihen, että itsemääräämisoikeutenne ei enää toteutuisi?

Mitä kotihoidossa voitaisiin tehdä, jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi paremmin?

Mitä merkitsee se, että saatte osallistua oman elämänne suunnitteluun?

Oletteko saaneet mielestänne osallistua riittävästi oman hoitonne suunnitteluun?

Missä asioissa olette saaneet vaikuttaa?

Onko asioita, joihin ette ole saaneet itse vaikuttaa? (aikataulu, hoitosuunnitelma, lääkitys)?

Kuuluvatko jotkut asiat mielestänne hoitajien päätettäväksi?

Koetteko saavanne kotihoidon asiakkaana arvokasta ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa kohtelua?

Miten asiakkaan osallisuutta voitaisiin vahvistaa?

Onko hoitosuunnitelmanne päivitetty tarpeeksi usein ja oletteko olleet itse vaikuttamassa hoitonne sisältöön?

Saavatko omaisenne osallistua hoitonne suunnitteluun, otetaanko myös omaisten toiveet huomioon hoidon suunnittelussa?

Kertokaa omin sanoin mitä hoitotahto tarkoittaa mielestänne. Millaisia asioita hoitotahtoon voi mielestänne kirjata?

Onko teillä hoitotahtoa, miksi, miksi ei? Luotatteko hoitotahdon noudattamiseen?

ESIMERKKI AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ ELI REDUSOINNISTA:

ALKUPERÄINEN ILMAUS:

"Niin, niin justiin itsemääräämisoikeus on sitä, että saapi päättää missä asuu"

"Haluan päättää siitä, että minä saan olla täällä kotona."

"Että minun ei tarte lähteä makkaamaan tuonne sairaalan sänkyyn. Koska minä tiijän, että sillan mulla menee liikuntakyky ja kaikkimuukin."

"Minä saan tassutella tässä kotona ja ihan tuota niinku minä haluan. Tämä on minulle hirveän tärkeä, että saapi elää semmosta omanlaistansa elämää."

"Mahollisesti tulis masennusta, jos muut määräisivät asuinpaikan. Se on minulle niin tärkeää tämä kotona olo."

"Kottiin voi pyytää apua ja niinkun oon pyytänytkin. Se on hyvä asia, että saa apua kotiin ja saa olla kotona ja määrätä asioistaan itse."

"Arkipäiväiset asiat kuuluu potilaan ihtensä päätettäväksi. Niin, että saa edes asuinpaikastaan päättää."

PELKISTETTY ILMAUS:

Asuinpaikasta päättäminen

Halu asua kotona

Halu olla kotona, ei sairaalassa

Kotona asuminen vahvistaa elämänhallintaa

Masennusta, jos muut määräävät asuinpaikasta

Kotona asuminen tärkeää

Asuinpaikasta päättäminen

ESIMERKKI AINEISTON RYHMITTELYSTÄ ELI KLUSTEROINNISTA:

PELKISTETTYT ILMAUKSET:

ALALUOKKA:

YLÄLUOKKA:

Asuinpaikasta päättäminen

Halu asua kotona

Halu olla kotona, ei sairaalassa

Kotona asuminen vahvistaa
elämänhallintaa

Asuinpaikka

Halu päättää omasta
asuinpaikasta

Masennusta, jos muut määräävät
asuinpaikasta

Kotona asuminen tärkeää

Asuinpaikasta päättäminen

ESIMERKKI AINEISTON KÄSITTEELLISTÄMISESTÄ ELI ABSTRAHOINNISTA:

YLÄLUOKAT:

PÄÄLUOKKA:

Halu päättää omasta asuinpaikasta

Muistin vaikutus itsemääräämisoikeuteen

Itsemääräämisoikeuden merkitys

Kokemuksia hoitajien ja omaisten
roolista itsemääräämisoikeuden tukijoina

Itsemääräämisoikeus

Kokemuksia vaikutusmahdollisuudesta
kotikäyntien ajankohtaan

Pelko itsemääräämisoikeuden menettämisestä

Kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta

Sopeutuminen itsemääräämisoikeuden rajoittumiseen